

Appendizitis

1. Haben Sie Bauchschmerzen?
2. Sind diese Schmerzen eher wehenartig oder diffus?
3. Wie stark sind die Schmerzen?
4. Wo sind die Schmerzen lokalisiert? (→heftige Schmerzen im Mittelbauch, später im rechten Unterbauch)
5. Werden die Schmerzen stärker, wenn Sie laufen?
6. Seit wann haben Sie die Schmerzen?
7. Treten die Schmerzen in Intervallen auf?
8. Haben die Schmerzen plötzlich oder langsam angefangen?
9. Leiden Sie unter Übelkeit und Erbrechen?
10. Treten diese Beschwerden im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme auf?
11. Haben Sie Veränderungen im Stuhlverhalten bemerkt? (→Obstipation, Diarrhoe)
12. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen und/oder häufigen Harndrang bemerkt?
13. Hat sich Ihr Appetit verändert?
14. Haben Sie Blähungen?
15. Haben Sie Fieber? (→leicht, nicht über 39 °C, Temperaturdifferenz rektal/axillar über 0,8 °C)
16. Haben Sie in der letzten Zeit ungewollt Gewicht verloren?

Achalasie

1. Leiden Sie unter Schluckbeschwerden?
2. Seit wann bestehen die Schluckbeschwerden?
3. Bestehen die Schluckbeschwerden durchgehend oder episodisch?
4. Haben Sie Schluckstörungen nur bei fester oder auch flüssiger Nahrung?
5. Haben Sie beim Schlucken Schmerzen?
6. Tritt die Schluckstörung in allen Körperlagen, oder nur im Liegen, oder im Sitzen auf?
7. Müssen Sie bei der Nahrungsaufnahme würgen?
8. Verschlucken Sie sich häufig?
9. Müssen Sie nach dem Essen unbedingt etwas trinken?
10. Müssen Sie die Nahrung oft hervorwürgen?
11. Müssen Sie auch nachts im Liegen würgen?
12. Haben Sie ein Kloß-/Fremdkörpergefühl im Hals?
13. Haben Sie Völlegefühl hinter dem Brustbein?
14. Husten Sie mehr als früher?
15. Leiden Sie unter Schmerzen im Brustkorb bzw. Bauchraum?
16. Sind diese Schmerzen krampfartig?

17. Haben/hatten Sie Sodbrennen/saures Aufstoßen?
18. Leiden oder litten Sie an einer Lungenentzündung?
19. Brauchen Sie länger zum Essen als früher?
20. Leiden Sie unter Mundgeruch?
21. Verspüren Sie ein Brennen in der Brustgegend?
22. Fühlt es sich an, als hätten Sie Krämpfe in der Brustgegend?

Anämie

1. Fühlen Sie sich abgeschlagen und müde?
2. Haben Sie eine Leistungsminderung bemerkt?
3. Haben Sie Knochenschmerzen? (Leukämie, Lymphom, Neuroblastom, Sichelzellkrankheit)
4. Haben Sie Atemnot, oder Herzrasen bei Belastung?
5. Haben Sie Veränderungen der Hautfarbe wie Blässe oder gelbliche Haut bemerkt?
6. Haben Sie Hautsymptome wie gerissene Mundwinkel, oder Wunden im Mund bemerkt? (Mundwinkelrhagaden, Aphten)
7. Haben Sie Haarausfall oder brüchige Nägel?
8. Ist Ihnen eine vermehrte Blutungsneigung wie vermehrte Bildung von blauen Flecken aufgefallen?
9. Leiden Sie in letzter Zeit vermehrt unter Zahnfleisch- oder Nasenbluten?
10. Leiden Sie unter Schwindel?
11. Leiden Sie unter Ohrensausen?
12. Haben Sie eine Rotfärbung des Urins feststellen können?
13. Sind Ihnen Symptome wie Nachtschweiß oder Fieber aufgefallen?
14. Fühlten Sie sich in den letzten Wochen krank?
15. Litten oder leiden Sie vermehrt unter Infektionen?
16. Machen Sie täglich intensiv Sport? (intensives Joggen)
17. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (chronische Erkrankungen, Blutungen, Bluterkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen)
18. Besteht eine Schwangerschaft?
19. Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Bluterkrankungen? (Südeuropäern z. B. Thalassämie oder Hämoglobinopathie)

Aneurysma

1. Leiden Sie unter Bauchschmerzen?
2. Haben Sie Schmerzen im Rücken, oder in der Brust? (starker thorakaler Schmerz)

3. Strahlen diese Schmerzen irgendwohin aus? (Ausstrahlung in den Rücken)
4. Wie stark sind diese Schmerzen? (Vernichtungsschmerz)
5. Haben Sie Angst? (Todesangst)
6. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
7. Wie stark sind die Kopfschmerzen? (akut, diffus, noch nie erlebter Intensität)
8. Wie lange bestehen die Schmerzen schon?
9. Sind die Schmerzen ganz akut aufgetreten?
10. Haben Sie Seh-, oder Hörstörungen?
11. Haben Sie Schwindel?
12. Haben Sie das Bewusstsein verloren?
13. Sind Ihnen Bewusstseinsstörungen aufgefallen?
14. Haben Sie Nackensteifigkeit?
15. Haben Sie Übelkeit, oder Erbrechen?
16. Haben Sie Lähmungen oder Gefühlsstörungen bemerkt?
17. Sie diese akut aufgetreten?
18. Leiden Sie unter akuter Atemnot?
19. Haben Sie Herzrasen bemerkt?
20. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Bluthochdruck, genetisch bedingte Bindegewebserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen)

Angina tonsillaris

1. Leiden Sie unter Halsschmerzen?
2. Haben Sie Schluckstörung?
3. Strahlen die Schmerzen bis in die Ohren aus?
4. Haben Sie Schüttelfrost?
5. Haben Sie Fieber?
6. Haben Sie Kopfschmerzen?
7. Haben die Symptome schlagartig angefangen?
8. Sind Ihre Mandeln geschwollen und gerötet?
9. Sieht man Eiter auf den Mandeln?
10. Bemerken Sie eine klobige Sprache?
11. Leiden Sie unter Mundgeruch?
12. Haben Sie Lymphknotenvergrößerungen am Unterkiefer bemerkt?
13. Sind die Vergrößerungen schmerzhaft, wenn Sie sie drücken?
14. Wie lange halten diese Symptome schon an?
15. Treten sie häufiger auf?

Aortendissektion

1. Sind die Schmerzen plötzlich eingetreten? (Brustschmerzen)

2. Haben Sie auch Rückenschmerzen oder Armschmerzen?
3. Wie stark sind die Schmerzen? (Vernichtungsschmerz)
4. Haben Sie große Angst? (Todesangst)
5. Haben Sie das Bewusstsein verloren? (kurzzeitige Bewusstlosigkeit)
6. Fühlen Sie kalte Hände oder Füße?
7. Können Sie Ihre Arme und Beine normal bewegen?
8. Haben Sie Atemnot?

Asthma

1. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen der Atemwege, die häufig vorkommen?
2. Welchen Beruf üben Sie aus?
3. Sind Sie in Ihrem Beruf schädigenden Arbeitsstoffen ausgesetzt?
4. Leiden Sie unter Husten, Giemen, anfallsartiger Atemnot, Engegefühl in der Brust?
5. Verschlechtern sich die Symptome während der Nacht und/oder in den frühen Morgenstunden?
6. Wann treten die Symptome auf, zum Beispiel nach viralen Infekte der Atemwege, nach körperlicher Belastung, wenn sich das Wetter ändert, oder sind sie abhängig von der Jahreszeit?
7. Haben Sie viel Stress?
8. Leben Sie in der Stadt oder auf dem Land (bezüglich Luftverschmutzung)?
9. Gibt es irgendwelche Vorerkrankungen, die mit den Atemwegen zu tun haben? (Atemwegsinfekte; Neurodermitis, allergische Rhinitis)

Borreliose

1. Haben Sie einen Zeckenbiss bemerkt?
2. Sind Hautveränderungen wie eine kreisförmige Rötung aufgefallen?
3. Wie genau sieht die Rötung aus? (kreisrunde oder ovale Rötung, Durchmesser ≥ 5 cm-15 cm, um die Einstichstelle, meist mit hellem Rand und zentraler Aufhellung, kann auch an anderen Körperstellen auftreten, ohne Behandlung verblasst das Erythem (Hautrötung) innerhalb von Tagen bis Wochen von der Mitte aus, sodass die anfangs scheibenförmige Rötung später als ringförmige Rötung zu sehen ist)
4. Ist diese Rötung schmerzhaft?
5. Haben Sie Juckreiz am Hautausschlag?
6. Traten die Beschwerden nach einem Aufenthalt in einem Waldgebiet auf?
7. Haben Sie Fieber?
8. Wie hoch ist das Fieber?
9. Haben Sie eine Bindehautentzündung bemerkt?

10. Haben Sie Kopfschmerzen?
11. Haben Sie schmerzhafte Nackensteifigkeit?
12. Haben Sie Schüttelfrost?
13. Haben Sie Husten? (ohne Auswurf)
14. Haben Sie Müdigkeit?
15. Haben Sie Halsschmerzen? (Rachenentzündung)
16. Ist Ihnen Hodenschwellung aufgefallen?
17. Haben Sie Muskelschmerzen? (wandernd)
18. Haben Sie Gelenkschmerzen? (wandernd)
19. Sind die Schmerzen in der Nacht schlimmer?
20. Haben Sie Herzklopfen oder Herzrasen?
21. Ist Ihnen eine Lymphknotengrößierung aufgefallen?
22. Haben Sie Lähmungserscheinungen?
23. Haben Sie Sensibilitätsstörungen bemerkt?
24. Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?
25. Sind Ihnen Gedächtnisstörungen aufgefallen?
26. Leiden Sie an Schlafstörungen?
27. Haben Sie in der letzten Zeit öfter Infektionen durchgemacht?
28. Welchen Beruf üben Sie aus?
29. Sind Sie in Ihrem Beruf oder in Ihrer Freizeit häufig in Waldgebieten unterwegs?
30. Haben Sie in Ihrem Beruf mit Tieren zu tun?
31. Haben Sie Haustiere?

Bronchialkarzinom

1. Haben Sie Husten?
2. Hat sich die Hustenqualität verändert?
3. Haben Sie einen Reizhusten?
4. Husten Sie auch in der Nacht?
5. Haben Sie Auswurf? (Hämoptyse, ca. 30 %)
6. Haben Sie Fieber? (subfrebrile Temperaturen)
7. Haben Sie Atemnot bemerkt? (Belastungsdyspnoe)
8. Haben Sie schon einmal Blut gehustet? (himbeergeleeartig)
9. Fühlen Sie sich schlapp?
10. Haben Sie Nachtschweiß?
11. Haben Sie Brustschmerzen?
12. Haben Sie ungewollt Gewicht verloren?
13. Sind Ihnen Heiserkeit oder Schluckbeschwerden aufgefallen?
14. Haben Sie einen Leistungsknick festgestellt?
15. Hatten Sie in letzter Zeit öfter irgendwelche Infektionen?
16. Rauchen Sie?

17. Sind Ihnen pfeifende Geräusche beim Atmen aufgefallen? (Giemen)
18. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Tumorerkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung)
19. Haben Sie Knochenschmerzen? (bei Skelettmetastasen)
20. Haben Sie Krampfanfälle, Sprach-, Seh-, oder Bewusstseinsstörungen? (neurologische Symptome bei Hirnmetastasen)

Cholezystitis

1. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (→im rechten Oberbauch)
2. Strahlen diese Schmerzen aus z.B. zwischen die Schulterblätter und in die rechte Schulter?
3. Sind die Schmerzen kolikartig oder permanent? (Dauerschmerzen, Koliken im re. Oberbauch, länger als 5 Stunden)
4. Wann treten die Schmerzen auf?
5. Seit wann bestehen diese Schmerzen?
6. Haben Sie Appetitlosigkeit?
7. Haben Sie Übelkeit?
8. Müssen Sie Erbrechen?
9. Haben Sie häufig einen aufgeblähten Bauch? (Meteorismus)
10. Haben Sie Fieber?
11. Haben Sie Schüttelfrost?
12. Ist Ihnen eine Hautverfärbung aufgefallen? (→Gelbsucht, selten)
13. Haben Sie ungewollt Körpergewicht verloren?
14. Hat sich Ihr Appetit verändert?
15. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (→Erkrankungen der Gallenblase)
16. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen der Gallenblase, die häufig vorkommen?

Cholelithiasis /Choledocholithiasis

1. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (→im rechten Oberbauch)
2. Strahlen die Schmerzen irgendwohin aus? (→entlang dem rechten Rippenbogen in das rechte Schulterblatt)
3. Sind die Schmerzen kolikartig oder permanent?
4. Wie sind die Schmerzen, sind sie brennend, oder drückend? (drückende und wiederkehrende krampfartige Schmerzanfälle)
5. Wie lange dauern die Schmerzen? (Dauer von mehr als 15 Minuten)
6. Wann treten die Schmerzen auf?
7. Bestehen die Beschwerden schon länger als 24 Stunden?
8. Haben Sie Appetitlosigkeit?

9. Haben Sie Übelkeit?
10. Müssen Sie Erbrechen?
11. Haben Sie Veränderungen am Stuhlgang bemerkt?
12. Welche Farbe hat Ihr Stuhl? (→acholischem Stuhl/Stuhl mit einer weißen bis grauweißen Färbung)
13. Welche Farbe hat Ihr Urin? (→dunkler Urin)
14. Haben Sie häufig einen aufgeblähten Bauch?
15. Haben Sie Blähungen, Völlegefühl, oder Sodbrennen?
16. Treten diese Symptome nach dem Essen auf, besonders nach fettem Essen?
17. Haben Sie Fieber? ($> 38^{\circ}\text{C}$, rektal)
18. Ist Ihnen eine Hautverfärbung aufgefallen? (Gelbsucht)
19. Hat sich Ihr Gewicht in letzter Zeit verändert? (→starke Gewichtsreduktion)
20. Haben Sie gefastet?
21. Haben Sie starke Gewichtsschwankungen?
22. Essen Sie zu kalorienreich, zu fettreich, zu ballaststoffarm und nehmen Sie zu viel raffinierte Kohlenhydraten (industriell hergestellte Zucker) zu sich?
23. Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
24. Bestehen bei Ihnen irgendwelche Intoleranzen, oder Nahrungsmittelallergien?
25. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (→Erkrankungen der Gallenblase, der Leber, Diabetes mellitus)

Cholangitis

1. Hatten Sie schon einmal Gallensteine?
2. Haben Sie Schmerzen im Oberbauch bemerkt?
3. Sind die Schmerzen rechts lokalisiert?
4. Sind die Schmerzen kolikartig oder permanent? (→an- und abschwellende, intermittierende, krampfartige Schmerzen)
5. Wann treten die Schmerzen auf?
6. Seit wann bestehen diese Schmerzen?
7. Leiden Sie unter Völlegefühl oder Blähungen?
8. Leiden Sie unter Übelkeit?
9. Müssen Sie erbrechen?
10. Haben Sie Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$, rektal)?
11. Haben Sie Schüttelfrost?
12. Ist Ihnen eine Hautverfärbung aufgefallen? (Gelbsucht)
13. Leiden Sie unter Juckreiz?
14. Sind Sie oft müde?
15. Haben Sie in letzter Zeit Gewicht verloren?
16. Haben Sie Veränderungen am Stuhlgang bemerkt?

17. Welche Farbe hat der Stuhl? (→weißer bis grauweißer Stuhl)
18. Welche Farbe hat der Urin? (→heller Urin)
19. Bewegen Sie sich täglich ausreichend?

Cholitis ulcerosa

1. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (mittlerer Unterbauch)
2. Haben Sie schleimige oder blutige Durchfälle?
3. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
4. Haben Sie eine erhöhte Stuhlfrequenz? (bis zu 30 Stuhlentleerungen pro Tag)
5. Wie hoch ist die Anzahl flüssiger Stuhlgänge täglich? (bis zu 20-mal pro Tag, wichtigstes Leitsymptom, 90 %)
6. Leiden Sie unter vermehrtem Stuhldrang?
7. Müssen Sie nachts zum Stuhlgang aufstehen?
8. Fühlen Sie sich nach dem Stuhlgang nicht vollständig entleert?
9. Hatten Sie in letzter Zeit Fieber?
10. Fühlen Sie sich abgeschlagen und müde?
11. Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
12. Haben Sie Übelkeit und Erbrechen?
13. Haben Sie vermehrt Gelenkschmerzen?
14. Haben Sie vermehrt Knochenschmerzen?
15. Haben Sie Hautveränderungen wie Rotfärbung oder Geschwürbildung bemerkt?
16. Haben Sie in der letzten Zeit häufiger Mundfäule bemerkt?
17. Haben Sie Augenerkrankungen wie Entzündungen festgestellt?
18. Seit wann bestehen die Symptome?
19. Haben Sie sich arm an komplexen Kohlenhydraten und Ballaststoffen ernährt?
20. Haben Sie ungewollt Körpergewicht verloren? (Kachexie)
21. Leiden Sie unter Schlafstörungen?
22. Rauchen Sie?
23. Trinken Sie Alkohol?
24. Besteht ein psychosoziales Problem?
25. Hatten Sie in letzter Zeit eine schwierige Phase durchgemacht?

COPD

1. Haben Sie Husten?
2. Mit oder ohne Auswurf?
3. Haben Sie Atemnot?
4. Werden diese Symptome schlimmer?
5. Ist Ihnen eine gesteigerte Schleimproduktion aufgefallen?
6. Ist Ihnen ein pfeifendes Atemgeräusch aufgefallen?

7. Haben Sie gehäuft Atemwegsinfektionen?
8. Ist Ihnen eine Veränderung der Hautfarbe vor allem an den Lippen und den Fingern aufgefallen?
9. Haben Sie Wassereinlagerungen, vor allem an den Knöcheln, bemerkt?
10. Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen?
11. Fühlen Sie sich häufig müde?
12. Haben Sie an Gewicht verloren?
13. Hat sich Ihr Appetit verändert?
14. Leiden Sie unter Schlafstörungen?
15. Rauchen Sie oder haben Sie je geraucht?
16. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Allergien; Kollagenosen; kardiale Grunderkrankungen)
17. Wo arbeiten Sie, gibt es bei Ihrer Arbeit Feinstaub oder Gase?
18. Wird in Ihrer Umgebung geraucht, d. h. Sie sind Passivraucher?
19. Wohnen Sie in der Stadt oder auf dem Land? (wg. Luftverschmutzung)

Depression

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
3. Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?
4. Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?
5. Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?
6. Haben Sie Ihre Energie verloren?
7. Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?
8. Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?
9. Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?
10. Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?
11. Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?
12. Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?
13. Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?
14. Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?
15. Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?
16. Haben Sie Pläne für die Zukunft?

17. Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?
18. Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?
19. Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?
20. Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?
21. Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?
22. Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?
23. Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit?
24. Haben sie ungewollt abgenommen?
25. Haben Sie ein Druckgefühl in Hals und in der Brust?
26. Haben Sie ein Globusgefühl im Hals?
27. Haben Sie Kopfschmerzen? (diffus)
28. Wachen Sie morgens früh auf und haben Sie Probleme wieder einzuschlafen?
29. Haben Sie unerklärliche Schmerzen oder schmerzendes Unwohlsein an einer beliebigen Körperstelle?
30. Fühlen Sie sich schnell müde und kraftlos?

Diabetes mellitus

1. Haben Sie vermehrt Durst?
2. Müssen Sie sehr häufig Wasserlassen?
3. Wie häufig?
4. haben Sie häufig Bauchschmerzen?
5. Haben Sie Mundgeruch? (Aceton-Geruch)
6. Fühlen Sie sich häufig müde, erschöpft?
7. Leiden Sie unter Sehstörungen?
8. Haben Sie Schweißausbrüche?
9. Wird Ihnen schwindelig?
10. Haben Sie Kopfschmerzen?
11. Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen? (Furunkel? Verzögerte Wundheilung?)
12. Haben Sie Juckreiz?
13. Hat sich Ihr Appetit verändert? (Appetitlosigkeit)
14. Haben Sie Heißhungerattacken?
15. Hat sich Ihr Körpergewicht ungewollt verändert? (Gewichtsabnahme)
16. Ist Ihnen Leistungsminderung aufgefallen?
17. Haben Sie oft wiederkehrende Infektionen?
18. Haben Sie Missempfindungen im Bereich der Füße oder Unterschenkel?
19. Haben Sie Erektionsstörungen? (Männer)

20. Haben Sie Probleme mit der Regelblutung? (Ausbleiben der Regelblutung für mehr als drei Monate)
21. Leiden Sie unter Bewusstseinsstörung?
22. Haben Sie vermehrten Stress, oder andere Probleme in letzter Zeit?

Discusprolaps

1. Seit wann haben Sie Schmerzen?
2. Wo sind die Schmerzen lokalisiert? (Hals-, Lendenwirbelsäule)
3. Wie stark sind die Schmerzen?
4. Verstärken sich die Schmerzen, wenn Sie husten, oder niesen?
5. Gab es einen Auslöser für die Schmerzen? (Fehlbewegungen, Hebetraumen, Kälteexposition, Klimawechsel, Überlastungen)
6. Strahlen die Schmerzen aus?
7. Leiden Sie unter Muskelschwäche?
8. Ist Ihnen eine eingeschränkte Beweglichkeit aufgefallen?
9. Sind Ihnen Lähmungen aufgefallen?
10. Wo genau ist die Lähmung lokalisiert?
11. Leiden Sie unter Sensibilitätsstörungen?
12. Ist Ihnen eine neu aufgetretene Inkontinenz aufgefallen? (Unfähigkeit, Urin oder Stuhl zu halten)
13. Sind die Symptome im Laufe der Zeit schlimmer geworden?
14. Treiben Sie Sport?
15. Welche Sportdisziplin und wie oft wöchentlich?
16. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (degenerative Knochen-/Gelenkveränderungen; Lumbalgien)
17. Hatten Sie schon Unfälle? (z. B. Schleudertrauma der Halswirbelsäule)
18. Welchen Beruf üben Sie aus?

Divertikulitis

1. Seit wann haben Sie Schmerzen?
2. Haben Sie Bauchschmerzen?
3. Wie treten die Schmerzen auf permanent, oder kolikartig?
4. Wo befinden sich die Schmerzen? (Oberbauch? Mittelbauch? Unterbauch? oberhalb des Schambeins?)
5. Gibt es Ausstrahlung? (Leiste oder Rücken)
6. Ist Ihr Bauch gespannt?
7. Haben Sie Schmerzen, wenn Sie sich bewegen?
8. Leiden Sie unter Durchfall oder Verstopfung? (Diarrhoe/Obstipation im Wechsel)
9. Besteht schmerzhafter Stuhldrang? (Tenesmen)

10. Werden die Symptome nach dem Stuhlgang besser?
11. Haben Sie Blut im Stuhl?
12. Haben Sie Fieber?
13. Haben Sie Erbrechen?
14. Haben Sie Blähungen?
15. Haben Sie Völlegefühl?
16. Haben Sie Übelkeit?
17. Hat sich Ihr Körpergewicht in der letzten Zeit verändert?
18. Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
19. Verschlechtern sich die Symptome nach dem Essen?
20. Ernähren Sie sich fettarm und ballaststoffreich?
21. Haben Sie vermehrte Gase?
22. Ist Ihnen rektale Blutung aufgefallen?
23. Haben Sie den Drang häufig Wasser zu lassen?
24. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?
25. Rauchen Sie?
26. Trinken Sie Alkohol?
27. Treiben Sie Sport?
28. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Magen-Darm-Erkrankungen; Divertikulitis: frühere Schmerzepisoden? vorrangegangene Schübe einer Divertikulitis?)

Epilepsie

1. Gibt es in Ihrer Familie neurologische Erkrankungen, die häufig vorkommen?
2. Welche Symptome sind Ihnen aufgefallen?
3. Sind Ihnen Verkrampfungen bzw. Muskelzuckungen aufgefallen?
Wenn ja, an nur einer Extremität, oder am gesamten Körper?
4. Haben Sie dabei Halluzinationen, ein Taubheitsgefühl oder Ähnliches?
5. Leiden Sie dabei unter Schweißausbrüchen, oder Gänsehaut?
6. Haben Sie eingenässt?
7. Hatten Sie Schaum aus dem Mund?
8. Kommt es zeitgleich zu Sprachstörungen?
9. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie in letzter Zeit unter Konzentrationsschwäche oder Gedächtnisschwäche leiden?
10. Sind Sie in letzter Zeit bedrückt, niedergeschlagen, gleichgültig, oder antriebslos?
11. Tritt eine Bewusstlosigkeit auf?
12. Wie häufig erscheint diese Symptomatik?
13. Gab es Fieberkrämpfe im Kindesalter?
14. Leiden Sie häufig unter Schlafentzug?
15. Wann treten Symptome auf?

16. Können Sie etwas gegen diese Symptome tun?

Erysipel

1. Haben Sie Veränderungen an der Haut festgestellt?
2. Wo ist die Hautveränderung lokalisiert? (Gesicht, Arme oder Beine, insb. Unterschenkel, seltener am Nabel)
3. Wie sieht die Hautveränderung aus? Ist die Haut gerötet? (Scharf begrenzte stark ausgeprägte helle Hautrötung, Flammenförmige Ausläufer)
4. Ist diese Rötung scharf begrenzt?
5. Gibt es Überwärmung?
6. Juckt diese Stelle?
7. Fühlen Sie sich krank?
8. Ist Ihnen eine Vergrößerung der Lymphknoten aufgefallen?
9. Leiden Sie zusätzlich unter Fieber?
10. Wie hoch ist das Fieber?
11. Hat das Fieber plötzlich angefangen?
12. Leiden Sie an Übelkeit oder Erbrechen?
13. Haben Sie Kopfschmerzen?

Exsikkose

1. Wie oft müssen Sie täglich Wasserlassen? (Oligurie < 500 ml Urin/Tag)
2. Wann haben Sie zuletzt Wasser gelassen?
3. Hat sich der Urin in Farbe und Menge verändert? (dunkelgelb)
4. Haben Sie das Bewusstsein verloren?
5. Haben Sie Kopfschmerzen?
6. Haben Sie Flankenschmerzen?
7. Fühlen Sie sich verwirrt?
8. Haben Sie Herzrasen?
9. Haben Sie Fieber?
10. Haben Sie starken Durst?
11. Ist Ihnen trockene Haut und trockener Mund aufgefallen?
12. Haben Sie starke Antriebslosigkeit, oder Müdigkeit bemerkt?
13. Haben Sie plötzlich Gewicht verloren?
14. Haben Sie Konzentrationsprobleme?
15. Sind Ihnen dunkle Augenhöhlen aufgefallen?
16. Haben Sie vermehrt Wadenkrämpfe?
17. Haben Sie Muskelschwäche?
18. Bestehen bei Ihnen Beschwerden, die das Trinken erschweren?
(Schluckstörung, Mundschleimhautentzündung, Entzündung der Schleimhaut der Speiseröhre, Einengung der Speiseröhre)

19. Hatten Sie in letzter Zeit eine Magen-Darm-Erkrankung?
(Erbrechen? Durchfall? Verstopfung?)
20. Hatten Sie in letzter Zeit einen Harnwegsinfekt, oder eine
fiebrhafte Erkrankung?
21. Ist Ihnen eine ungewollte Veränderung des Gewichts
aufgefallen?
22. Trinken Sie ausreichend?
23. Wie viel haben Sie heute schon getrunken?
24. Welche Art von Getränk nehmen Sie zu sich? (Wasser,
Limonade, Kaffee, schwarzer Tee)
25. Trinken Sie Alkohol?
26. Achten Sie nach körperlicher Arbeit, oder Sport auf
ausreichenden Flüssigkeitsersatz?
27. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen?
(Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus, Pankreatitis)
28. Welche Medikamente nehmen Sie? (Diuretika)

Frakturen

1. Wo genau haben Sie Schmerzen? (Dolor=Schmerz)
2. Welchen Charakter haben die Schmerzen, sind sie stechend, oder
dumpf?
3. Ist die Stelle geschwollen (Tumor - Schwellung), oder gerötet
(Rubor=Röte)?
4. Fühlen Sie die Stelle überwärmt? (Calor=Wärme)
5. Ist das Gelenk/die Stelle blau geworden? (Hämatom=Bluterguss)
6. Können Sie das Bein/den Arm/die Hand normal bewegen?
(eingeschränkte Beweglichkeit/ Funktionsverlust)
7. Haben Sie Gefühl im Bein/in den Zehen/in der Hand?
8. Können Sie das Bein/die Hand heben?
9. Strahlen die Schmerzen ins Knie aus?
10. Sind die Schmerzen bewegungsabhängig?
11. Haben Sie Schürfwunden?
12. Haben Sie Schmerzen im Knie? Eher an der Innenseite, oder an
der Außenseite?
13. Haben Sie das Gefühl, dass das Knie instabil ist? Knickt es Ihnen
weg?

FSME

1. Welchen Beruf üben Sie aus?
2. Halten Sie sich dabei häufig in bewaldeten Gebieten auf?
3. Sind Sie dabei durch adäquate Kleidung geschützt?
4. Wurden Sie von einer Zecke gebissen?

5. Sind Ihnen Symptome wie Kopfschmerzen?
6. Hatten Sie in letzter Zeit öfter Fieber?
7. Wie hoch ist das Fieber?
8. Leiden Sie unter Übelkeit und/oder Erbrechen?
9. Ist Ihnen schwindelig?
10. Leiden Sie unter einer leichten Entzündung der Atemwege?
11. Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen?
12. Sind weitere Symptome wie Muskelschmerzen aufgefallen?
13. Haben Sie schmerzhaftes Nackensteifigkeit?
14. Haben Sie Sprachstörungen?
15. Ist Ihnen plötzlich aufgetretene Lähmungen aufgefallen?
16. Sind Ihnen Bewusstseinsstörungen aufgefallen?
17. Können Sie sich an einen Zeckenbiss erinnern?
18. Fühlen Sie sich benommen, oder schläfrig?
19. Sind Ihnen Lähmungen an Beinen oder Armen aufgefallen?
20. Haben Sie Störungen der Bewegungskoordination? (Ataxie)
21. Zittern Sie? (Tremor)
22. Haben Sie Schluckstörungen? (Dysphagie)
23. Hatten Sie Krampfanfälle? (Epilepsie)

Gastrointestinale Blutung

1. Wo genau haben Sie die Bauchschmerzen?
2. Strahlen die Schmerzen in den Rücken aus?
3. Sind die Schmerzen krampfartig oder schneidend?
4. Sind die Schmerzen kontinuierlich oder gehen sie auch wieder weg?
5. Trinken Sie Alkohol und rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?
6. Trinken Sie Kaffee? Wenn ja, wie viel?
7. Befinden Sie sich momentan in einer sehr stressigen Lebensphase?
8. Gibt es bei Ihnen momentan eine psychosoziale Belastung oder Belastungen auf Grund Ihrer familiären Situation?
9. Nehmen Sie frei verkäufliche Schmerzmittel wie Aspirin, Ibuprofen, Diclofenac, etc. ein?
10. Nehmen Sie irgendwelche Medikamente ein?
11. Hatten Sie oder ein Familienmitglied in ihrem Haushalt bereits einmal ein Magengeschwür/Zwölffingerdarmgeschwür?
12. Hatten Sie bereits schon einmal eine Magenspiegelung? Falls ja, wann?
13. Treten neben den Bauchschmerzen noch weitere Symptome wie z. B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Blähungen, Schluckbeschwerden, Sodbrennen auf?
14. Müssen Sie vermehrt aufstoßen?
15. Leiden Sie unter Völlegefühl oder Appetitlosigkeit?
16. Welche Farbe hatte das Erbrochene? Gab es hellrotes Blut, oder war es kaffeesatzartig?

17. Wann haben Sie zuletzt abgeführt? Wie war die Beschaffenheit des Stuhls?
18. Welche Farbe hatte der Stuhl, war er schwarz oder gab es Blut im Stuhl?
19. Treten die Schmerzen sofort nach den Mahlzeiten ein, 1-3 Stunden nach Nahrungsaufnahme oder sind sie nahrungsunabhängig?
20. Sind die Schmerzen stärker wenn Sie nüchtern sind?
21. Wann haben Sie zuletzt gegessen?
22. Was haben Sie gegessen bevor die Schmerzen eingetreten sind? (Verschlechterung besonders nach Süßspeisen wegen Säurebildung)
23. Sind die Schmerzen abhängig von äußeren Faktoren wie Stress, oder gibt es einen Zusammenhang mit dem Wetter?
24. Sind die Schmerzen abhängig von der Atmung?
25. Verstärken sich die Schmerzen bei Belastung, oder bei Bewegung oder werden sie dann besser?
26. Fühlen Sie sich schwach, nicht leistungsfähig?
27. Haben Sie in der letzten Zeit ungewollt an Körpergewicht verloren?

GERD

1. Leiden Sie unter Sodbrennen, saures Aufstoßen?
2. Haben Sie Schmerzen in der Brust oder im Bauch? (epigastrische Schmerzen), (retrosternaler Druck/Schmerzen (ca. 30 % der Fälle; DD ischämische Herzkrankheit)
3. Wann treten diese Beschwerden auf?
4. Sind die Beschwerden im Liegen stärker? (Beschwerden treten häufig im Liegen auf)
5. Leiden Sie unter chronischem Husten?
6. Haben Sie häufiges Räuspern? (bes. morgens)
7. Haben Sie häufiger Halsschmerzen?
8. Haben Sie Mundgeruch?
9. Leiden Sie unter Schluckstörungen? (→ denken an: Ösophaguskarzinom)
10. Haben Sie einen Gewichtsverlust festgestellt? (> 5 %)
11. Essen Sie zu schnell zu viel?
12. Essen Sie zu hastig?
13. Ist Ihnen Zurückströmen von Speisebrei aus der Speiseröhre in den Mund aufgefallen?
14. Spüren Sie ein Brennen im Rachen oder auch auf der Zunge?
15. Haben Sie Reizhusten, oder chronischen Husten?
16. Haben Sie Schmerz beim Schlucken? (Odynophagie selten)
17. Haben Sie das Gefühl, Ihre Nase sei verstopft? (nasale Kongestion)

18. Haben Sie Gefühl ein Kloß im Halse zu haben? (Globusgefühl /Kloßgefühl)
19. Haben Sie morgendliche Heiserkeit? (Dysphonie wg. Laryngitis gastrica)
20. Ist Ihnen belegte Stimme aufgefallen?
21. Ist Ihnen beim Atmen ein pfeifendes Geräusch aufgefallen? (Stridor)
22. Gibt es in Ihrer Familiengeschichte Fälle von Krebs am Magendarmtrakt?

Glomerulonephritis

1. Haben Sie Rückenschmerzen?
2. Haben Sie Flankenschmerzen?
3. Haben Sie Kopfschmerzen?
4. Haben Sie Gliederschmerzen?
5. Haben Sie Luftnot?
6. Ist Ihnen Blut im Urin aufgefallen? (→rötlich-braun)
7. Haben Sie hohen Blutdruck (→diastolisch über 100)
8. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie vielleicht weniger Urin als gewöhnlich haben? (→Oligurie bis Anurie)
9. Ist Ihr Gesicht in letzter Zeit geschwollen?
10. Welchen Beruf üben Sie aus?
11. Sind Sie in Ihrem Beruf schädigenden Arbeitsstoffen ausgesetzt?
12. Sind Ihnen Wassereinlagerungen an Ihrem Körper aufgefallen?
13. Haben Sie Veränderungen beim Urin bemerkt?
14. Haben Sie ungewollt an Körpergewicht zugenommen?
15. Rauchen Sie?
16. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (→Nierenerkrankungen, Herzkreislauferkrankungen)
17. Welche Medikamente nehmen Sie? (→nephrotoxische Medikamente, wie ACE-Hemmer, NSAID, NSAR, ASS, Diclofenac, Ibuprofen, Metamizol, Paracetamol, Antibiotika...)

Gastroenteritis

1. Seit wann haben Sie Durchfall?
2. Wie oft hatten Sie Durchfall in den letzten 24 Stunden? (→meist wässrige Durchfälle: Stuhlfrequenz: > 3 Stühle/Tag bzw. mindestens 2 Stühle mehr als üblich)
3. Haben Sie Blut und/oder Schleim im Stuhl?
4. Treten die Beschwerden in Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme auf?
5. Haben Sie erbrochen?

6. Wie oft haben Sie in den letzten 24 Stunden erbrochen?
7. Haben Sie Fieber?
8. Haben Sie Übelkeit?
9. Leiden Sie unter begleitenden Bauchschmerzen oder Bauchkrämpfen?
(→krampfartige Leibschmerzen, Tenesmen)
10. Trinken Sie normal oder vermindert?
11. Hat sich Ihr Appetit verändert?
12. Haben Sie ungewollt Körpergewicht verloren?
13. Haben Sie in der letzten Zeit rohe Lebensmittel
(→Rohmilchprodukte, nicht gares Fleisch oder Eier) gegessen?
14. Haben Sie Apfelsaft oder Smoothies aus fructosereichen
Obstsorten getrunken?
15. Ernähren Sie sich ausgewogen?
16. Sind Ihnen Veränderungen beim Wasserlassen (Menge,
Aussehen, Geruch) aufgefallen?
17. Waren Sie in der letzten Zeit im Ausland? Wenn ja, wo?
(→Tropenaufenthalt?)
18. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (→Magen-Darm-
Erkrankungen, Infektionskrankheiten, Immunschwäche)
19. Haben Sie in letzter Zeit Antibiotika eingenommen?
(→Verschiebung der Darmflora kann zu Enteritiden führen)

Gastritis

1. Haben Sie häufig Bauchschmerzen? (→krampfartige
Abdominalbeschwerden, Magenschmerzen)
2. Ist Ihnen öfter übel?
3. Haben Sie Brechreiz?
4. Müssen Sie erbrechen? (→kaffeesatzähnliches Erbrechen)
5. Wann treten die Schmerzen auf? Vor dem Essen, während des
Essens oder danach? Oder in keinem zeitlichen Zusammenhang mit
der Nahrungsaufnahme? (→Verstärkung nach der
Nahrungsaufnahme)
6. Müssen Sie vermehrt aufstoßen?
7. Leiden Sie unter einem Völlegefühl?
8. Haben Sie Appetitlosigkeit?
9. Haben Sie in letzter Zeit ungewollt Gewicht abgenommen?
10. Ernähren Sie sich ausgewogen?
11. Essen Sie regelmäßig?
12. Hat sich der Stuhlgang in Frequenz, Menge oder Farbe
verändert?
13. Trinken Sie gerne Kaffee, schwarzen und grünen Tee?
14. Trinken Sie andere bzw. weitere koffeinhaltige Getränke?
15. Rauchen Sie?

16. Trinken Sie Alkohol?
17. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (→Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. Helicobacter-pylori-Infektion, Morbus Crohn, Infektionen, Autoimmunerkrankungen, Lebensmittelvergiftung)
18. Welche Allergien oder Unverträglichkeiten bestehen bei Ihnen?
19. Haben Sie in letzter Zeit vermehrt Medikamente eingenommen? (→NSAID vor allem ASS, Glucocorticoide, Zytostatika)
20. Gibt es Hinweise auf psychosoziale Belastungen oder Belastungen auf Grund Ihrer familiären Situation?

Gicht

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Gicht?
2. Leiden Sie unter Gelenkschmerzen?
3. Haben die Schmerzen plötzlich angefangen?
4. Welche Gelenke sind betroffen? (Großzehengrundgelenk, Daumengrundgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk) (bei älteren Patienten gehäuft Entzündung mehrerer Gelenke)
5. Ist das betroffene Gelenk überwärmt, gerötet oder geschwollen?
6. Ist die Funktion am Gelenk eingeschränkt?
7. Haben Sie Herzrasen?
8. Haben Sie Schüttelfrost?
9. Haben Sie Fieber?
10. Wie lange schon und wie hoch ist die Temperatur?
11. Sind Ihnen Gelenkdeformitäten aufgefallen?
12. Haben Sie in der letzten Zeit Schleimbeutelentzündungen festgestellt? (meist am Ellenbogen)
13. Gab es Auslöser für die Schmerzen? (Körperliche Anstrengung? Unfall? Kälte?)
14. Wann sind die Schmerzen eingetreten? (nachts)
15. Essen Sie viel fleisch- und fruktosereiche Lebensmittel?
16. Trinken Sie Alkohol?

Gonarthrose

1. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen der Knochen und Gelenke, die häufig vorkommen?
2. Haben Sie im Beruf schwere körperliche Belastung?
3. Haben Sie Schmerzen im Kniegelenk?
4. Haben Sie Schmerzen, wenn Sie mit dem Laufen beginnen, oder nach einer Weile? (Anlaufschmerzen/Einlaufschmerz)
5. Beginnen die Schmerzen nach Anstrengung und Überbelastung? (Ermüdungsschmerz)
6. Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe? (Ruheschmerz)

7. Haben Sie auch in der Nacht Schmerzen, oder nur tagsüber? (Dauer- und Nachtschmerz)
8. Leiden Sie unter Gelenksteifigkeit oder einem Spannungsgefühl im Kniegelenk?
9. Haben Sie Funktionsstörungen im Kniegelenk?
10. Haben Sie sonstige Symptome wie z. B. Gelenkgeräusche, Empfindlichkeit gegen Nässe bzw. Kälte?
11. Leiden Sie unter Muskelverspannungen?
12. Ist Ihnen Taubheitsgefühl oder Kribbelgefühl aufgefallen?
13. Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
14. Treiben Sie Leistungssport?
15. Gibt es irgendwelche Vorerkrankungen oder Operationen an Knochen und Gelenken?

HCC

1. Haben Sie irgendwelche Beschwerden im Bauchbereich?
2. Haben Sie Bauchschmerzen?
3. Welchen Charakter haben die Schmerzen? (→dumpf)
4. Strahlen diese Schmerzen irgendwohin aus? (→in den Rücken und die Schultern)
5. Haben Sie eine Bauchumfangszunahme festgestellt?
6. Haben Sie Gewicht verloren?
7. Haben Sie Appetitlosigkeit?
8. Fühlen Sie sich schwach?
9. Haben Sie Übelkeit?
10. Müssen Sie erbrechen?
11. Haben Sie Völlegefühl?
12. Haben Sie Fieber?
13. Haben Sie Verstopfung?
14. Haben sich Ihre Haut und/oder Ihre Augen gelb verfärbt?
15. Seit wann bestehen diese Veränderungen?
16. Ernähren Sie sich ausgewogen?
17. Essen Sie viel gepökelte und/oder geräucherte Speisen?
18. Trinken Sie Alkohol?
19. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen?
(→Lebererkrankungen, Tumorerkrankungen)
20. Gibt es in Ihrer Familie häufig Tumorerkrankungen?

Halswirbelsäulensyndrom - HWS-Syndrom

1. Wann treten diese Beschwerden auf?
2. Haben Sie Schmerzen im Nackenbereich?

3. Sind Ihnen Muskelverhärtungen oder Verspannungen in der Nackenmuskulatur aufgefallen?
4. Haben Sie auch Schmerzen in den Schultern?
5. Gefühlsstörungen in den Armen/Händen, die bei Bewegungen des Kopfes auftreten
6. Sind die Schmerzen schlimmer, wenn Sie sich bewegen? (Bewegungsschmerzen)
7. Haben Sie gleichzeitig Kopfschmerzen? (bis in den Hinterkopf ausstrahlend)
8. Haben Sie Schwindel?
9. Haben Sie Übelkeit?
10. Welchen Charakter haben die Schmerzen?
11. Haben Sie Kribbeln oder Missempfindungen im Bereich der Arme und/oder Hände bemerkt?
12. Sind Ihnen Lähmungserscheinungen in den Armen aufgefallen?
13. Leiden Sie unter Ohrgeräuschen?
14. Sind Ihnen Sehstörungen aufgefallen?
15. Haben Sie eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes bemerkt?
16. Haben Sie Bewusstseinsstörungen gehabt?
17. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Arthrose, Osteoporose, Tumorerkrankungen)
18. Hatten Sie einen Unfall oder andere Verletzungen (Schleudertrauma der HWS)

Harnwegsinfekt (Zystitis)

1. Leiden Sie unter vermehrtem Harndrang, der auch nachts auftritt?
2. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?
3. Haben Sie "Brennen beim Wasserlassen"?
4. Entleeren Sie nur wenig Urin, obwohl Sie das Gefühl haben, eine prall gefüllte Harnblase zu haben?
5. Haben Sie Schwierigkeiten, den Urin zu halten?
6. Haben Sie Schmerzen im Unterbauch?
7. Haben Sie Flanke- oder Rückenschmerzen?
8. Haben Sie Blut im Urin bemerkt?
9. Ist der Urin konzentriert oder flockig?
10. Haben Sie das Gefühl ständig auf die Toilette zu müssen, obwohl Sie gerade schon die Blase entleert haben? (Imperativer Harndrang)
11. Können Sie den Urin halten?
12. Leiden Sie unter Stress bzw. dauernden Anspannungen?
13. Haben Sie in der letzten Zeit einen Dauerkatheter getragen?
14. Waren Sie mit feuchter Bekleidung Zugluft ausgesetzt?
15. Waren Sie in letzter Zeit im Schwimmbad?

16. Trinken Sie ausreichend?
17. Benutzen Sie zur Empfängnisverhütung ein Scheidendiaphragma? (Frauen)
18. Entleeren Sie die Harnblase nach dem Geschlechtsverkehr?
19. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Diabetes mellitus, Erkrankungen der Harnwege)
20. Haben Sie in der Letzten Zeit Antibiotika eingenommen? (2 bis 4 Wochen zurückliegend)

Herpes Zoster

1. Wo sind die Hautveränderungen? (Gesicht, Stamm)
2. Seit wann bestehen die Hautveränderungen? (mit einer Bildung von Bläschen)
3. Seit wann bestehen die Schmerzen?
4. Wie stark sind die Schmerzen?
5. Haben Sie Nervenschmerzen?
6. Wie lassen sich die Schmerzen charakterisieren? (konstant, dumpf, scharfes Brennen, stechend)
7. Können Sie den Hautausschlag beschreiben? (verschorft, auf gerötetem Grund entlang, stecknadelkopfgroße Bläschen/Papeln/Pustelgruppen, Inhalt zuerst klar, später trüb)
8. Haben Sie Missempfindungen?
9. Fühlen Sie gesteigerte Schmerzempfindlichkeit?
10. Haben Sie Juckreiz?
11. Haben Sie Beschwerden in den Augen, im Gehörgang, am Kiefer, im Genitalbereich?
12. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Infektionen, Diabetes mellitus, Immunschwäche, Transplantationen)
13. Welche Medikamente nehmen Sie? (Chemotherapie, Statintherapie, Steroidtherapie→Corticosteroide/Cortisol; Dexamethason)

Herzinsuffizienz

1. Bemerken Sie Atemnot, wenn Sie sich belasten?
2. Ab welcher Belastung tritt die Atemnot auf?
3. Haben Sie Atemnot ohne Belastung?
4. Werden Sie nachts wach wegen Atemnot?
5. Schwellen Ihre Beine tagsüber an?
6. Müssen Sie nachts zum Wasserlassen aufstehen?
7. Ist Ihnen öfter übel oder haben Sie Schmerzen in der Magengegend?
8. Haben Sie einen vermehrten Umfang an Bauch oder Beinen bemerkt?
9. Müssen Sie häufig husten?

10. Haben Sie dabei schaumigen Auswurf?
11. Fühlen Sie sich vermindert leistungsfähig?
12. Bemerken Sie einen schnellen Puls?
13. Haben Sie häufig kalte und bläulich verfärbte Lippen und Finger?
14. Haben Sie kalten Schweiß?
15. Sind Sie blass?
16. Haben Sie einen Blutdruckabfall?
17. Rauchen Sie?
18. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Herzerkrankungen, Bluthochdruck, KHK)

Herzinfarkt /Angina pectoris

1. Haben Sie Symptome wie Druckschmerz hinter dem Brustbein?
2. Wie stark sind die Schmerzen? (Vernichtungsschmerz)
3. Strahlen diese Schmerzen in den Arm, oder in den Unterkiefer aus?
4. Haben Sie Schmerzen im Rücken, Nacken oder haben Sie Bauchschmerzen?
5. Haben Sie ein Engegefühl in der Brust?
6. Fühlen Sie sich kaltschweißig?
7. Haben Sie Schweißausbrüche?
8. Ist Ihnen übel?
9. Müssen Sie erbrechen?
10. Haben Sie das Bewusstsein verloren?
11. Haben Sie Herzklopfen, oder Herzrasen?
12. Haben Sie Atemnot? (Kurzatmigkeit)
13. Haben Sie starke Angst? (Todesangst)
14. Haben Sie etwas eingenommen gegen diese Schmerzen? (Nitroglycerin hilft nicht)
15. Gibt es in Ihrer Familie Personen, die einen Herzinfarkt oder andere Gefäßerkrankungen wie einen Schlaganfall erlitten haben?
16. Haben Sie Stress bei der Arbeit, oder mit Ihrer Familie, oder haben Sie vielleicht andere Probleme, die Sie belasten?
17. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Herzkrankheiten, Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas)
18. Ernähren Sie sich ausgewogen?
19. Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
20. Rauchen Sie?
21. Trinken Sie Alkohol?
22. Was haben Sie gemacht, bevor der Schmerz eingetreten ist? (plötzliche untypische körperliche Anstrengung, emotionaler Stress, Aufstehen in der Frühe, nach dem Essen, Aufenthalt in großer Kälte)

Hepatitis C

1. Haben Sie ein Druckgefühl im Oberbauch?
2. Leiden Sie unter Übelkeit?
3. Leiden Sie unter Gelenkschmerzen?
4. Haben Sie Fieber?
5. Wie lange haben Sie schon Fieber?
6. Wie hoch ist das Fieber?
7. Hatten Sie in letzter Zeit Grippeähnliche Symptome?
8. Ist Ihnen eine Gelbfärbung der Haut und der Augen aufgefallen?
9. Haben Sie Juckreiz?
10. Hatten Sie engen Kontakt mit an Hepatitis erkrankten Personen?
11. Haben Sie häufig ungeschützten Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern (Homo- und/oder Heterosexuell)?
12. Hatten Sie Geschlechtsverkehr mit Prostituierten?
13. Hatten Sie Konsum von Drogen, die in die Vene gespritzt werden
14. Haben Sie sich Ohrlöcher oder Piercings stechen lassen?
15. Haben Sie Tätowierungen?
16. Hat sich Ihr Appetit verändert? (Appetitlosigkeit)
17. Sind Ihnen Veränderungen von Stuhlgang und/oder Urin (Frequenz, Menge, Farbe) aufgefallen?
18. Besteht ein allgemeines Krankheitsgefühl?
19. Ist Ihnen eine Leistungsminderung aufgefallen?
20. Fühlen Sie sich müde und abgeschlagen?
21. Welchen Beruf üben Sie aus?
22. Sind Sie im letzten halben Jahr in Länder mit gehäuftes Auftreten von Hepatitis verreist?
23. Hatten Sie dort sexuelle Kontakte mit Einheimischen?

Hirntumor

1. Leiden Sie neuerdings an Kopfschmerzen?
2. Oder sind die Kopfschmerzen neuerdings ungewohnt stark?
3. Wann treten die Kopfschmerzen meistens ein? (besonders nachts und in den frühen Morgenstunden; bessern sich tagsüber oft spontan)
4. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie Gerüche nicht wahrnehmen? (Dysosmie)
5. Haben Sie Übelkeit oder Erbrechen? ((morgendliche) Nausea (Übelkeit)/Nüchternerbrechen)
6. Haben Sie einen, oder mehrere Krampfanfälle erlitten?
7. Ist Ihnen oder Ihren Angehörigen eine Wesens- oder Verhaltensänderung aufgefallen?

8. Sind Ihnen Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Sehstörungen oder ähnliche Symptome aufgefallen? (verschwommenes Sehen, Flackern oder ein vollständiger Verlust des Sehvermögens), Diplopie (Doppeltsehen, Doppelbilder)
9. Ist Ihnen in letzter Zeit Benommenheit, Schläfrigkeit oder Schlafneigung, Desorientiertheit, oder Vergesslichkeit aufgefallen?
10. Haben Sie Schwindel?
11. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie Konzentrationsschwierigkeiten haben?
12. Fühlen Sie sich abgeschlagen und müde?
13. Seit wann haben Sie diese Symptome?

Hodgkin-/Non-Hodgkin-Lymphom

1. Haben Sie eine Lymphknotengrößerung bemerkt?
2. Ist diese Vergrößerung schmerzhaft oder schmerzlos?
3. Wie lange bestehen diese Symptome schon?
4. Sind Ihnen Hautveränderungen aufgefallen? (schmerzhafte Knötchenbildung, rote bis blaurote Farbe; später bräunlich, die darüber liegende Haut ist gerötet. Lokalisation: beide Unterschenkelstreckseiten, am Knie und den Sprunggelenken; seltener an den Armen oder dem Gesäß)
5. Wie lange bestehen diese Veränderungen schon?
6. Haben Sie Juckreiz? (Pruritus ist ein Ausschlusskriterium für ein B-Zell-Lymphom)
7. Besteht der Juckreiz am gesamten Körper, oder örtlich im Bereich der Hautveränderung?
8. Fühlen Sie sich abgeschlagen und müde?
9. Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
10. Leiden Sie häufig unter Infektionen?
11. Ist Ihnen eine vermehrte Blutungsneigung aufgefallen?
12. Bekommen Sie schnell blaue Flecke?
13. Haben Sie Fieber? Wenn ja, wie hoch ist die Temperatur und wie lange besteht sie schon? (Unerklärliches, anhaltendes oder rezidivierendes Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$)
Starker Nachtschweiß (nasse Haare, durchnässte Schlafbekleidung)
14. Schwitzen Sie nachts vermehrt?
15. Haben Sie ungewollt an Gewicht verloren? (Ungewollter Gewichtsverlust ($> 10\%$ Prozent des Körpergewichtes innerhalb von 6 Monaten)
16. Haben Sie Husten oder Heiserkeit? (Reizhusten wg. Lymphknotenvergrößerung)
17. Leiden Sie unter Schluckstörungen? (Dysphagie)
18. Haben Sie Brustschmerzen? (Thoraxschmerzen)

19. Sind Ihnen gestaute und erweiterte Venen an Hals (Halsvenenstauung), Kopf und Armen aufgefallen?
20. Haben Sie ein Druckgefühl im Kopf oder im Hals?
21. Haben Sie Kopfschmerzen? (Cephalgie)
22. Haben Sie Atemnot (Dyspnoe)?
23. Ist Ihnen ein pfeifendes Atemgeräusch, welches bei der Ein- und/oder Ausatmung auftritt aufgefallen? (Stridor)
24. Ist Ihnen aufgefallen, dass die vergrößerten Lymphknoten nach Alkoholgenuss schmerzen? (Morbus-Hodgkin)

Hypoglykämie

1. Ist Ihnen ein vermehrter Durst aufgefallen?
2. Müssen Sie häufiger Wasser lassen?
3. Fühlen Sie sich müde?
4. Fühlen Sie, dass Sie schnell gereizt sind?
5. Leiden sie unter Konzentrationsstörungen?
6. Ist Ihnen übel, oder müssen Sie erbrechen?
7. Haben Sie ungewollt Gewicht verloren?
8. Leiden Sie unter Muskelkrämpfen, Juckreiz. Kribbelgefühl, oder Sprachstörungen?
9. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie in letzter Zeit blass sind?
10. Haben Sie öfter Heißhunger?
11. Haben Sie Herzklopfen oder Herzrasen?
12. Zittern Sie?
13. Ist Ihnen schwindelig?
14. Schwitzen Sie vermehrt?
15. Wann haben Sie zuletzt gegessen, oder getrunken? Was haben Sie gegessen, oder getrunken?
16. Ist diese Symptomatik schon häufiger aufgetreten? Wenn ja, seit wann tritt die Symptomatik auf?
17. Ernähren Sie sich ausgewogen?
18. Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen wie Diabetes mellitus, oder Erkrankungen des Nervensystems, oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

Hyperthyreose

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Schilddrüsenerkrankungen?
2. Gibt es Hinweise auf psychosoziale Belastungen oder Belastungen auf Grund Ihrer familiären Situation?
3. Sind Sie hyperaktiv?
4. Sind Sie oft gereizt und nervös?
5. Vertragen Sie die Hitze? (Hitzeunverträglichkeit)

6. Schwitzen Sie vermehrt?
7. Haben Sie Nachtschweiß?
8. Ist Ihnen Herzklopfen aufgefallen? (Palpitationen)
9. Haben Sie abgenommen? (Gewichtsverlust)
10. Haben Sie mehr Appetit als sonst?
11. Haben Sie Durchfall?
12. Zittern Sie?
13. Ist Ihnen feuchtwarme Haut aufgefallen?
14. Haben Sie Schlaflosigkeit?
15. Ist Ihnen schneller Puls aufgefallen?
16. Haben Sie ein Hervortreten der Augen feststellen können?
17. Leiden Sie unter Müdigkeit und Schwäche?
18. Müssen Sie öfter Wasserlassen? (erhöhte Urinausscheidung, > 2 Liter/24 Stunden)
19. Haben Sie unregelmäßige Menstruationsblutung? (Verlängerung des Gesamtzyklus auf über 35 Tage bis maximal 90 Tage)
20. Gibt es Probleme beim Geschlechtsverkehr? (Libidoverlust)
21. Haben Sie eine Schwellung am Hals? (Struma)
22. Haben Sie Schluckstörungen?
23. Haben Sie Probleme mit der Konzentration?
24. Ist Ihnen Juckreiz aufgefallen?
25. Leiden Sie unter Haarausfall?
26. Welche Vorerkrankungen haben Sie?
(Schilddrüsenerkrankungen)

Hypothyreose

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Schilddrüsenerkrankungen?
2. Haben Sie zugenommen, obwohl Sie keinen Appetit haben?
3. Frieren Sie leichter als sonst?
4. Fühlen Sie sich müde und schwach?
5. Ist Ihnen teigige, kühl-trockene Haut vor allem im Gesicht, an Händen und Füßen aufgefallen?
6. Leiden Sie unter Wassereinlagerungen? (Schwellung der Beine)
7. Haben Sie Haarausfall?
8. Ist Ihnen langsamer Puls aufgefallen?
9. Leiden Sie unter Atemnot?
10. Haben Sie eine heisere Stimme?
11. Leiden Sie unter Konzentrationsschwäche?
12. Haben Sie verlängerte Monatsblutung? (7-14 Tage)
13. Hat sich der Stuhlgang verändert? (Verstopfung)
14. Achten Sie auf eine ausreichende Jodzufuhr? (Seefisch, jodiertes Speisesalz)

15. Welche Vorerkrankungen haben Sie?
(Schilddrüsenerkrankungen)
16. Haben Sie Kälteüberempfindlichkeit?
17. Fühlen Sie Antriebslosigkeit, Müdigkeit oder Schwäche?
18. Haben Sie ein erhöhtes Schlafbedürfnis?
19. Leiden Sie öfter unter einem Stimmungstief?
20. Sind Sie blass? (Anämie)

Ileus

1. Leiden Sie unter Bauchschmerzen?
2. Haben sich die Schmerzen in ihrer Intensität verändert?
3. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert?
4. Strahlen die Schmerzen aus?
5. Welchen Schmerzcharakter haben die Schmerzen, sind sie stechend, dumpf, brennend, reißend, **kolikartig**? (→Schmerzen: heftig, stechend, anfallsweise)
6. Wann treten die Schmerzen auf?
7. Sind Sie abhängig von äußeren Faktoren wie Ernährung, Stress, Wetter?
8. Haben Sie Übelkeit?
9. Müssen Sie Erbrechen? (→zuerst sauer (Mageninhalt), später bitter (Duodenum), evtl. Kot)
10. Ist Ihnen ein stark geblähter Bauch aufgefallen?
11. Wann hatten Sie zuletzt Stuhlgang?
12. Wie sah der Stuhl aus, war er flüssig oder fest?
13. Sind Ihnen Blut- bzw. Schleimauflagerungen aufgefallen?
14. Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihr Bauch hart geworden ist?
15. Hat sich Ihr Appetit verändert?
16. Haben Sie ungewollt an Körpergewicht verloren?
17. Sind Ihnen Veränderungen beim Wasserlassen, der Menge und dem Aussehen des Urins aufgefallen?
18. Haben Sie Fieber?
19. Haben Sie Kaltschweiß?
20. Haben Sie Herzrasen?
21. Haben Sie Schluckauf?
22. Gibt es Magen-Darm-Erkrankungen oder Zuckerkrankheit?
23. Hatten Sie irgendwelche Operationen im Bauch?
24. Nehmen Sie vielleicht Medikamente gegen Depression oder andere Psychopharmaka?
25. Nehmen Sie starke Schmerzmedikamente wie Morphin? (→ opioidinduzierte Obstipation bzw. opioidinduzierter Ileus)

Infektiöse Mononukleose

1. Haben Sie einen Ausschlag im Bereich der Schleimhäute feststellen können? (Enanthem)
2. Haben Sie einen Hautausschlag, der vor allem an den Armen und am Körperstamm auftritt? (Papeln)
3. Haben Sie Mundgeruch?
4. Haben Sie Halsschmerzen?
5. Besteht ein Zungenbelag? (schmutziggrau, gelblich)
6. Ist der Belag leicht zu entfernen? (leicht abwischbar)
7. Sind Ihnen Lymphknotenvergrößerungen hinter den Ohren, im Nacken und unter der Achselhöhle aufgefallen?
8. Sind die Vergrößerungen schmerzhaft? (wenig schmerzhaft)
9. Haben Sie eine Bindehautentzündung?
10. Haben Sie Schnupfen?
11. Leiden Sie unter Müdigkeit?
12. Ist Ihnen Leistungsminderung aufgefallen?
13. Haben Sie Muskelschmerzen?
14. Haben Sie Kopfschmerzen?
15. Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
16. Haben Sie Schluckbeschwerden?
17. Seit wann bestehen diese Symptome?
18. Haben Sie Fieber? (Foetor ex ore)
19. Seit wann bestehen die Symptome?

Lungenembolie

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Herzkreislauferkrankungen?
2. Welchen Beruf üben Sie aus?
3. Sitzen Sie viel?
4. Haben Sie gerade einen Langstreckenflug gemacht?
5. Sind Ihnen Symptome wie plötzliche Atemnot oder Brustschmerzen aufgefallen?
6. Haben die Brustschmerzen plötzlich angefangen?
7. Sind die Schmerzen beim Einatmen schlimmer?
8. Wie stark sind die Schmerzen? (Vernichtungsschmerz)
9. Ist die Atemnot langsam schlimmer geworden?
10. In welchem Zusammenhang traten die Symptome auf?
11. Haben Sie sich durch Veränderung der Position oder ähnliches verändert?
12. Hatten Sie diese Symptomatik schon einmal?
13. Haben Sie Angst?
14. Ist Ihnen schwindelig geworden?
15. Haben Sie Schweißausbrüche?
16. Ist Ihre Haut blass und feucht?
17. Haben Sie das Bewusstsein verloren?

18. Fühlen Sie Herzrasen, oder Herzklopfen?
19. Haben Sie Husten?
20. Gibt es dabei blutigen Auswurf?
21. Haben Sie Halsschmerzen?
22. Ist Ihnen bläuliche Verfärbung von Haut und zentralen Schleimhäuten aufgefallen?
23. Haben Sie in der letzten Zeit Schmerzen, Hautveränderungen, etc. an einem Bein bemerkt?
24. Nehmen Sie ausreichend Flüssigkeit zu sich und wie viel?
25. Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
26. Rauchen Sie?
27. Trinken Sie Alkohol?
28. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Blutgerinnungsstörungen; Herz- und Gefäßerkrankungen; Tumorerkrankungen; Verletzungen; Bettlägerigkeit)
29. Wurden Sie in letzter Zeit operiert? (Lange Operationsdauer? Bluttransfusionen?)
30. Welche Medikamente nehmen Sie? (Antidepressiva, Antipsychotika, Diuretika, Hormone)

Kolonkarzinom

1. Sind Ihnen Veränderungen im Stuhl wie Blutauflagerungen aufgefallen?
2. Welche Form hat der Stuhl? (→bleistiftdünner Stuhl)
3. Haben sich Ihre Stuhlgewohnheiten verändert? (→Wechsel Obstipation/ Diarrhoe)
4. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
5. Haben Sie vermehrt Darmkrämpfe?
6. Haben Sie Rückenschmerzen oder Bauchschmerzen?
7. Seit wann bestehen diese Veränderungen?
8. Haben Sie ungewollt Körpergewicht verloren?
9. Hat sich Ihr Appetit verändert?
10. Ist in Ihrer Familie mindestens ein direkter Verwandter (Eltern, Geschwister, Kinder) an Darm-/Magen-/Gebärmutterkrebs erkrankt?
11. Falls ja, ist die Krebserkrankung vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten?
12. Ist bei Ihrer Familie ein Darmpolyp vor dem 45. Lebensjahr festgestellt worden?
13. Üben Sie eine sitzende Tätigkeit aus?

14. Rauchen Sie?
15. Essen Sie viel Fleisch?
16. Bevorzugen Sie fette Kost?
17. Verzehren Sie viel Weißmehlprodukte und Süßigkeiten?
18. Bewegen Sie sich jeden Tag ausreichend?
19. Bestehen bei Ihnen Darmerkrankungen wie z. B. Colitis ulcerosa, oder Morbus Crohn, oder besteht vielleicht eine Tumorerkrankung? (→Mammakarzinom, Ovarialkarzinom, oder Endometriumkarzinom)
20. Hatten Sie schon mal eine Koloskopie?
21. Wurden vielleicht Polypen festgestellt?
22. Gibt es in Ihrer Familie Tumorerkrankungen, die häufig vorkommen?

Leberzirrhose

1. Fühlen Sie sich häufig müde?
2. Haben Sie Veränderungen der Haut bemerkt? (→Blässe)
3. Haben Sie Schmerzen im Oberbauch?
4. Ist Ihr Bauchumfang vergrößert? (→Aszites)
5. Haben Sie eine vermehrte Blutungsneigung bemerkt?
6. Haben Sie eine Gelbfärbung der Haut und der Augen festgestellt?
7. Haben Sie vermehrt Juckreiz?
8. Haben Sie Veränderungen der Haut bzw. der Nägel festgestellt? (→Knoten an den Fingern, weiße Nägel, Trommelschlegelfinger, Uhrglasnägel, Rotfärbung der Handinnenflächen, Rotfärbung der Fußsohle, kleine, sternförmig zusammenlaufende Gefäße an Oberkörper und Gesicht)
9. Sind Ihnen Fetteinlagerungen um die Augen aufgefallen? (→Xanthelasmen)
10. Sind Ihnen geschwellenen Beine aufgefallen?
11. Haben Sie Fettstühle? (→grauglänzender, klebriger)
12. Haben Sie bemerkt, dass Ihr Stuhl übel riecht? (→scharf riechender Stuhl)
13. Haben Sie Libidostörungen? (→Frage an den Mann)
14. Haben Sie Zyklusstörungen? (→Frage an die Frau)
15. Haben Sie Schlafstörungen?
16. Haben Sie Fieber? (→Fieberschübe)
17. Haben Sie Schweißausbrüche?
18. Hat sich Ihr Körpergewicht ungewollt verändert?

19. Ernähren Sie sich ausgewogen?
20. Rauchen Sie?
21. Trinken Sie Alkohol?
22. Nehmen Sie Drogen?
23. Hatten Sie schon mal eine Bluttransfusion?
24. Nehmen Sie irgendwelche Medikamente? (→Allopurinol, Analgetika)

Lymphangitis

1. Haben Sie Schmerzen?
2. Haben Sie eine Rötung und Schwellung bemerkt?
3. Wo sind die Symptome lokalisiert?
4. Hatten Sie einen Insektenstich?
5. Befindet sich in der Nähe eine Wunde?
6. Sind Ihnen an dieser Wunde Rötung, Schwellung oder Eiterauflagerungen aufgefallen?
7. Ist diese Rötung Streifenförmig?
8. Haben Sie Fieber?
9. Wenn ja, wie hoch ist die Temperatur?
10. Wie lange besteht das Fieber schon?
11. Fühlen Sie sich krank?
12. Sind Ihnen geschwollene, druckschmerzhaft Lymphknoten aufgefallen?

Magenkrebs

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes oder Tumorerkrankungen?
2. Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
3. Fühlen Sie sich in letzter Zeit schwach und lustlos?
4. Fühlen Sie in letzter Zeit einen Widerwillen gegen Fleisch?
5. Sind die Bauchschmerzen im Oberbauch lokalisiert?
6. Haben Sie ein Druck- und Völlegefühl?
7. Haben Sie Schluckbeschwerden?
8. Haben Sie schwarzen Stuhlgang bemerkt?
9. Ist Ihnen häufig übel?
10. Müssen Sie häufig erbrechen?
11. Welche Farbe hat das Erbrochene (Hämatemesis =Bluterbrechen; Kaffeesatzerbrechen)
12. Ist Ihnen Blut im Erbrochenen aufgefallen, oder müssen Sie Blut erbrechen?
13. Seit wann bestehen diese Veränderungen?

14. Haben Sie ungewollt an Körpergewicht verloren? (> 10 % Prozent des Körpergewichtes innerhalb von 6 Monaten)
15. Ernähren Sie sich ausgewogen?
16. Essen Sie viele gepökelte oder geräucherte Lebensmittel?
17. Trinken Sie gerne Kaffee, schwarzen und grünen Tee?
18. Trinken Sie andere bzw. weitere koffeinhaltige Getränke?
19. Wie viel trinken Sie davon?
20. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten?
21. Müssen Sie öfter aufstoßen?
22. Leiden Sie unter Blähungen? (Meteorismus)
23. Ist Ihnen Mundgeruch aufgefallen? (Halitosis; Foetor ex ore)
24. Haben Sie Schluckbeschwerden? (Dysphagie)
25. Sind Ihnen geschwollene Lymphknoten aufgefallen?
26. Haben Sie Fieber? (Unerklärliches, anhaltendes oder rezidivierendes Fieber > 38 °C)
27. Schwitzen Sie vermehrt? (Starker Nachtschweiß (nasse Haare, durchnässte Schlafbekleidung))

Fragen zu Malaria

1. Haben Sie Fieber?
2. Wie lange besteht das Fieber?
3. Ist das Fieber kontinuierlich?
4. Wie hoch ist das Fieber?
5. Fühlen Sie sich abgeschlagen?
6. Leiden Sie unter Kopfschmerzen?
7. Haben Sie Gliederschmerzen?
8. Leiden Sie unter Durchfall?
9. Haben Sie Atemnot?
10. Ist Ihnen eine Gelbfärbung von Haut bzw. der Augen aufgefallen?
11. Haben Sie eine auffällige Verringerung der Urinausscheidung feststellen können?
12. Haben Sie in letzter Zeit Urlaub gemacht?
13. Wo waren Sie? (→malariagefährdetes Gebiet)
14. Ist Ihnen ein Mückenstich aufgefallen?
15. Haben Sie vorher alle notwendigen Schutzimpfungen machen lassen?
16. Haben Sie mehrere Geschlechtspartner?

17. Haben Sie geschützten Geschlechtsverkehr?
18. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (→Infektionen)
19. Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? (→Hepatitis, HIV)

Mammakarzinom

1. Haben Sie Veränderungen der Brust festgestellt?
2. Sind diese Symptome einseitig oder beidseitig aufgetreten?
3. Ist Ihnen eine Rötung an der Brust aufgefallen?
4. Haben Sie Schmerzen in der Brust?
5. Besteht eine Einziehung der Brustwarze?
6. Haben Sie einen Knoten in der Brust bemerkt? (Indolenter, derber Knoten, insbesondere im oberen, äußeren Quadranten nahe der Achselhöhle)
7. Haben Sie blutigen Ausfluss aus der Brustwarze bemerkt? (Mamille) (hämorrhagische Galaktorrhoe)
8. Haben Sie Fieber?
9. Haben Sie Schmerzen an der Wirbelsäule, oder an den Gelenken?
10. Ist Ihnen Kribbeln, oder Taubheitsgefühl aufgefallen?
11. Haben Sie geschwollene Lymphknoten oder andere Veränderungen in der Achselhöhle bemerkt?
12. Ist Ihnen eine neu aufgetretene Größendifferenz der Brüste aufgefallen?
13. Ist Ihnen eine Wunde an der Brust aufgefallen? (Offene Ulzerationen, Geschwürbildung)
14. Haben Sie eine Art Ekzem auf der Brust bemerkt? (Paget-Karzinom mit charakteristischen, braun-roten Veränderungen der Mamille und des Warzenhofes, tritt häufig einseitig als Exanthem mit Pruritus, Schuppung und Krustenbildung auf)
15. Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung (Menarche)?
16. Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre letzte Regelblutung (Menopause)?
17. Haben Sie Kinder geboren?
18. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der ersten Geburt?
19. Haben Sie gestillt?
20. Wie lange haben Sie gestillt?
21. Essen Sie fleisch- und fettreich?
22. Haben Sie ungewollt an Körpergewicht verloren?
23. Rauchen Sie?
24. Trinken Sie Alkohol?
25. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (Mastopathie)

26. Welche Medikamente nehmen Sie? (Betablocker, Calciumantagonisten)
27. Nehmen Sie die Pille? (Kontrazeptiva)
28. Bekommen Sie eine Hormonersatztherapie?
29. Haben Ihre Schwestern, Ihre Mutter oder Großmutter bereits Brustkrebs gehabt?

Milzruptur

1. Hatten Sie eine Bauchverletzung?
2. Wann genau haben die Schmerzen angefangen?
(→Zweizeitige Milzruptur, beschwerdefreier Intervall über einige Tage bis Wochen)
3. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (→im linken oberen Quadranten, später diffus)
4. Ist der Bauch plötzlich größer und hart geworden? (→akutes Abdomen)
5. Strahlen die Schmerzen in die linke Schulter aus? (= Kehr-Zeichen)
6. Können Sie normal atmen, oder werden die Schmerzen beim Atmen stärker? (→schmerzbedingte Schonatmung)
7. Spüren Sie einen zu schnellen Herzschlag? (→Herzschlag: > 100 Schläge pro Minute)
8. Haben Sie Kaltschweiß?
9. Haben Sie Angst?
10. Ist Ihnen schwindelig?
11. Haben Sie Blut im Urin, oder Stuhl bemerkt?
12. Sind Ihnen blaue Flecken am linken Oberbauch aufgefallen?

Migräne

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Kopfschmerzen?
2. Welchen Beruf üben Sie aus?
3. Gibt es im Moment in Ihrem Leben eine psychosoziale Belastung oder Belastungen auf Grund Ihrer familiären Situation?
4. Treten die Kopfschmerzen bei Ihnen auf einer Seite des Kopfes oder auf beiden Seiten auf? Wo genau, am Hinterkopf, oder an der Schläfe, hinter den Augen in der Stirn?
5. Haben Sie dabei halbseitige Sehstörungen (Flimmerskotom)?
6. Wie stark sind die Kopfschmerzen?
7. Strahlt der Schmerz aus, zum Beispiel in den Nacken oder in die Schultern, oder in den Arm?
8. Wie lange dauern die Kopfschmerzen, sind sie durchgehend oder hören sie zwischendurch auch mal auf?

9. Wechselt der Kopfschmerz in Bezug auf die Seite des Auftretens?
10. Werden die Kopfschmerzen bei Bewegung intensiver?
11. Ist Ihnen aufgefallen, dass vor dem Beginn der Kopfschmerzen Symptome wie Schwindel, Lichtblitze, Hör- und Sehstörung oder Lähmungserscheinungen haben?
12. Haben Sie neben den Kopfschmerzen begleitende Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmscheu?
13. Treten Augentränen und Augenrötung auf?
14. Treten während der Kopfschmerzen Sehstörungen oder neurologische Störungen wie Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen auf?
15. Haben Sie dabei Sprachstörungen?
16. Wie oft treten die Kopfschmerzen auf?
17. Gibt es irgendwelche Auslöser für die Kopfschmerzen, wie zum Beispiel nach Käse- oder Schokoladengenuss?
18. Treten die Kopfschmerzen vielleicht auf, wenn Sie Hunger haben, oder mehrere Stunden nichts gegessen haben?
19. Trinken Sie viel Kaffee, oder trinken Sie Rotwein und ist Ihnen ein Zusammenhang mit den Kopfschmerzen aufgefallen?
20. Ist Ihnen aufgefallen, dass die Kopfschmerzen bei einer Angst- oder Stresssituation beginnen?
21. Beginnen die Kopfschmerzen vielleicht, wenn Sie sich entspannen, nach einer Stresssituation, oder vielleicht am Wochenende?
22. Gibt es einen Zusammenhang mit dem Schlaf, schlafen Sie gut?
23. Sind Sie wetterfühlig, treten die Schmerzen bei bestimmten Wettereinflüsse, vor allem bei Kälte oder Föhn ein?
24. Nehmen Sie ein Hormonpräparat ein? (bei Frauen zur Empfängnisverhütung oder in der Menopause)
25. Werden die Kopfschmerzen bei körperliche Betätigung (z. B. Treppensteigen oder ähnliche körperliche Aktivitäten) intensiver?
26. Haben Sie Muskelanspannungen im Hals und Nacken?
27. Leiden Sie unter einer depressiven Stimmung?
28. Wie lange dauern die Kopfschmerzen und wie oft treten sie am Tag auf?
29. Verspüren Sie während der Kopfschmerzattacken einen starken Bewegungsdrang?
30. Haben Sie während der Attacken ein gerötetes oder tränendes Auge, Anschwellen des Augenlides, verstopfte oder

laufende Nase, Schweißbildung im Bereich der Stirn und des Gesichts

31. Seit wann bestehen die Kopfschmerzattacken?

Morbus Crohn

1. Haben Sie Schmerzen im rechten Unterbauch? (rechten Unterbauch und periumbilical)
2. Wie sind die Schmerzen? (kolikartig oder uncharakteristisch)
3. Haben Sie schleimige oder blutige Durchfälle?
4. Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang?
5. Haben Sie eine erhöhte Stuhlfrequenz? (ca. 3-6x am Tag)
6. Wie hoch ist die Anzahl flüssiger Stuhlgänge innerhalb einer Woche?
7. Leiden Sie unter vermehrtem Stuhldrang?
8. Müssen Sie nachts zum Stuhlgang aufstehen?
9. Fühlen Sie sich nach dem Stuhlgang nicht vollständig entleert?
10. Hatten Sie in letzter Zeit Fieber? (subfebrile Temperaturen)
11. Fühlen Sie sich abgeschlagen und müde?
12. Leiden Sie unter Übelkeit und Erbrechen?
13. Haben Sie in der letzten Zeit einen Gewichtsverlust feststellen können?
14. Haben Sie vermehrt Gelenkschmerzen?
15. Haben Sie Hautveränderungen wie Rotfärbung oder Geschwürbildung bemerkt?
16. Haben Sie Augenerkrankungen wie Entzündungen festgestellt?
17. Haben Sie sich arm an komplexen Kohlenhydraten und Ballaststoffen, oder reich an raffinierten Kohlenhydraten ernährt? (Getreidekörner und -flocken, Vollkornbrot, Kartoffeln, Hülsenfrüchte etc.) (weißer Zucker, Weißmehlprodukte)
18. Hat sich Ihr Appetit verändert?
19. Rauchen Sie?
20. Trinken Sie Alkohol?
21. Haben Sie Fisteln oder Abszesse?
22. Haben Sie Wunden im Mund? (Aphten)

Nephrolithiasis

1. Haben Sie Bauch- oder Kreuzschmerzen?
2. Strahlen die Schmerzen irgendwohin aus? (Leiste, Hoden, Penis, Schamlippen)
3. Können Sie die Schmerzen beschreiben? (krampfartig)
4. Wie stark sind die Schmerzen? (Vernichtungsschmerz)
5. Gibt es in Ihrer Familie häufig Nierenerkrankungen/Stoffwechselstörungen?

6. Leiden Sie unter Brennen beim Wasserlassen?
7. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?
8. Wie häufig müssen Sie Wasserlassen?
9. Wie sieht der Urin aus? Gab es Veränderungen?
(Blut/Menge/Aussehen)
10. Hatten Sie schon einmal eine Kolik?
11. Haben Sie Übelkeit?
12. Haben Sie Blähungen?
13. Leiden Sie unter Verstopfung?
14. Wie sehen Ihre Ernährungsgewohnheiten aus? (tierisches Protein, oxalsäurehaltiger Lebensmittel, hohe Aufnahme von Calcium, Innereien, fette Fische, Konserven und Fertiggerichte, Fructosehaltige Getränke, hoher Kochsalzkonsum)
15. Wie viel trinken Sie täglich?
16. Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
17. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Nierenerkrankungen, Stoffwechselstörungen, entzündliche Darmerkrankungen, Hyperurikämie (Gicht), Osteoporose)
18. Welche Medikamente nehmen Sie? (Chronische Antibiotikatherapie, Laxantienabusus)

Ösophaguskarzinom

1. Haben Sie Schluckbeschwerden?
2. Fühlen Sie ein Kratzen im Hals?
3. Können Sie flüssige Kost besser schlucken als feste Kost?
4. Haben Sie Schmerzen hinter dem Brustbein? (Retrosternaler Thoraxschmerz)
5. Strahlen diese Schmerzen in den Rücken aus?
6. Fühlen Sie ein Brennen oder einen Druck hinter dem Brustbein?
7. Ist Ihnen Mundgeruch aufgefallen? (faulig)
8. Haben Sie ungewollt Gewicht verloren?
9. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie blass sind? (Anämie)
10. Ist Ihnen Blut im Stuhl aufgefallen? (gastrointestinale Blutungen, selten)
11. Fühlen Sie Abgeschlagenheit, Schwäche und Müdigkeit?
12. Sind Ihnen geschwollene Lymphknoten am Hals aufgefallen?
13. Haben Sie Nachtschweiß?
14. Müssen Sie erbrechen?
15. Sind Blutspuren im Erbrochenen?
16. Haben Sie Husten?
17. Haben Sie Reizhusten?
18. Ist Ihnen beim Einatmen ein pfeifendes Geräusch aufgefallen?
19. Haben Sie Heiserkeit?

Peritonitis

1. Haben Sie Bauchschmerzen?
2. Wo sind die Schmerzen lokalisiert?
3. Strahlen die Schmerzen aus?
4. Wie lange bestehen die Schmerzen schon?
5. Sind sie akut aufgetreten oder haben sie sich langsam verstärkt?
(→plötzlich, heftiger werdend,
6. Sind die Schmerzen besser oder schlimmer, wenn Sie sich bewegen?
(→bewegungsabhängig, gekrümmte Haltung)
7. Treten die Schmerzen krampfartig auf?
8. Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihr Bauch größer und hart geworden ist?
(→Abwehrspannung der Bauchdecke, dann „brettharter Bauch“)
9. Haben Sie Fieber?
10. Haben Sie Angst?
11. Haben Sie Atemnot?
12. Haben schnellen Puls bemerkt? (> 100 Herzschläge pro Minute)
13. Haben Sie Schwindel?
14. Haben Sie Kaltschweiß?
15. Haben Sie Übelkeit?
16. Haben Sie erbrochen?
17. Haben Sie das Bewusstsein verloren?
18. Was haben Sie zuletzt gegessen?
19. Wann haben Sie gegessen?
20. Sind Ihnen Veränderungen von Stuhlgang und/oder
Wasserlassen aufgefallen?
21. Haben Sie in den letzten Tagen eine invasive Untersuchung,
oder ein Operation gemacht?

Pankreatitis

1. Seit wann bestehen die Bauchschmerzen?
2. Welchen Charakter haben die Schmerzen? (bohrend, anhaltend)
3. Wie stark sind die Schmerzen? (Vernichtungsschmerz)
4. Haben sich die Schmerzen verändert?
5. Sind die Schmerzen plötzlich aufgetreten?
6. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (Oberbauchschmerz, später diffus)
7. Strahlen die Schmerzen aus? (in den Rücken (gürtelförmig), Thorax, in die Flanken, in den Unterbauch)
8. Ist Ihnen eine Verfärbung der Haut aufgefallen? (Cullen-Zeichen)
9. Wann treten die Schmerzen auf? (Nahrungsaufnahme)
10. Haben Sie Appetitlosigkeit? (schmerzbedingte Nahrungsverminderung)

11. Sind Sie abhängig von äußeren Faktoren wie Ernährung, Stress, Wetter?
12. Sind die Schmerzen abhängig von der Atmung?
13. Verstärken sich die Schmerzen bei Belastung/Bewegung oder werden sie dann besser?
14. Haben Sie Übelkeit, oder Erbrechen?
15. Besteht Durchfall, oder Verstopfung?
16. Haben Sie Blähungen?
17. Haben Sie Schluckbeschwerden?
18. Haben Sie Sodbrennen?
19. Hat sich der Stuhlgang verändert? (Menge, Konsistenz)
20. Gibt es Blut im Stuhl?
21. Kommt es zu Schmerzen beim Stuhlgang?
22. Hat sich der Urin verändert?
23. Haben Sie an Körpergewicht verloren?
24. Haben Sie Fieber? (subfebril)
25. Haben Sie eine gelbliche Verfärbung der Haut bemerkt?
26. Haben Sie nächtliche Schmerzen, von denen Sie wach werden?
27. Hatten Sie in der letzten Zeit eine Infektionserkrankung?
28. Rauchen Sie?
29. Trinken Sie Alkohol?
30. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Magen-Darm-Erkrankungen, Gallensteinleiden, Infektionserkrankungen)
31. Wurde eine Operation in letzter Zeit durchgeführt?
(Bauchchirurgische Eingriffe)

Pankreaskarzinom

1. Leiden Sie unter Durchfällen, Übelkeit, Erbrechen?
2. Hat sich der Stuhl in Form, Farbe und Konsistenz verändert?
3. Hat sich Ihr Appetit verändert?
4. Haben Sie abgenommen? Wenn ja, wie viel in welcher Zeit?
5. Werden Sie schnell satt?
6. Leiden Sie unter Bauchschmerzen? Wo sind diese genau lokalisiert?
(im Oberbauch, vor allem in die rechte Flanke, den Rücken oder das linke Schulterblatt ausstrahlend)
7. Haben Sie vermehrt Blähungen?
8. Ist Ihnen eine Gelbfärbung der Haut aufgefallen?
9. Hat sich das Wasserlassen verändert? In Menge, Konsistenz, Beimengungen?
10. Haben Sie dabei Schmerzen?
11. Haben Sie Fieber?
12. Haben Sie nächtliche Schmerzen, von denen Sie wach werden?

13. Hatten Sie in der letzten Zeit eine Infektionserkrankung?
14. Gibt es in Ihrer Familie irgendwelche Tumorerkrankungen?
15. Haben Sie Rückenschmerzen? (ringförmige Rückenschmerzen ohne orthopädische Ursache)

pAVK

1. Leiden Sie unter Schmerzen in den Beinen?
2. Können Sie diese Schmerzen beschreiben, treten sie plötzlich ein, wie ein Krampf?
3. Wann treten diese Schmerzen auf? Bei Belastung oder in Ruhe?
4. Gibt es auch Schmerzen, wenn Sie etwas Schweres heben?
5. Haben Sie Probleme beim Laufen, hinken Sie?
6. Haben Sie Schmerzen in den Muskeln?
7. Bessern sich die Schmerzen in Ruhe nach wenigen Minuten rasch?
8. Haben Sie auch Schmerzen in Ruhe, oder in der Nacht? (> Stadium III nach Fontaine)
9. Wie weit können Sie laufen, ohne dass die Schmerzen auftreten?
10. Leiden Sie unter einem Taubheitsgefühl und Müdigkeitsgefühl in den Beinen?
11. Leiden Sie an einer Pilzerkrankung an den Zehen?
12. Fühlen sich Ihre Beine kalt an?
13. Haben Sie Hautgeschwüre an den Beinen? (Stadium IV nach Fontaine)
14. Heilen diese schlecht ab?
15. Verbessern sich die Beschwerden, wenn Sie das Bein Tieflagern?
16. Hat sich die Haut in diesem Bereich verändert?
17. Leiden Sie unter Muskelkrämpfen?
18. Ist Ihnen Haarverlust am Bein aufgefallen?
19. Ist die Haut dort glänzend und blass, oder blau?
20. Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihre Nägel dicker sind?
21. Ernähren Sie sich ausgewogen?
22. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?
23. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus)
24. Gibt es in Ihrer Familie häufig Herzkreislauferkrankungen und/oder Fettstoffwechselstörungen?

Phlebothrombose

1. Haben Sie einen Beruf, in dem Sie lange stehen oder sitzen müssen?
2. Haben Sie in der letzten Zeit eine lange Reise gemacht?
3. Wann ist die Schwellung erstmals aufgetreten?

4. Wo genau ist die Schwellung, am Fußknöchel, am Unterschenkel oder am ganzen Bein?
5. Welche Farbe hat das Bein? (livide-zyanotische Verfärbung)
6. Trat die Schwellung plötzlich auf oder allmählich?
7. Wann tritt die Schwellung meistens auf, nach langem Stehen oder Sitzen?
8. Ist die Schwellung dauerhaft, oder geht sie auch wieder zurück?
9. Kommt die Schwellung meistens abends?
10. Hat die Schwellung etwas mit Ihrem Zyklus zu tun? (Bei Frauen)
11. Haben Sie in den geschwollenen Körperbereichen ein Spannungsgefühl?
12. Haben Sie Schmerzen im Bein?
13. Wann beginnen diese Schmerzen (z. B. bei plötzlicher Belastung der Wadenmuskulatur → Muskelfaserriss)?
14. Ist das Bein überwärmt?
15. Verändern sich die Beschwerden wie Schmerzen und Schwellungen nach dem Liegen und in der Nacht?
16. Gibt es eine Besserung, wenn Sie das Bein hoch lagern?
17. Gibt es Ausstrahlung?
18. Haben Sie Herzrasen?
19. Haben Sie kalten Schweiß, sind Sie blass und haben Sie einen Blutdruckabfall?
20. Leiden Sie unter Luftnot, oder Brustschmerzen?
21. Haben Sie Fieber?
22. Haben Sie Schüttelfrost?
23. Haben Sie kalte und bläulich verfärbte Lippen und Finger?
24. Fühlen Sie sich schwach und kraftlos?
25. Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
26. Trinken Sie ausreichend?
27. Rauchen Sie?
28. Trinken Sie Alkohol?
29. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (z. B. Schilddrüsenfunktionsstörung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen z. B. tiefe Venenthrombose; periphere arterielle Verschlusskrankheit)
30. Wurden Sie in letzter Zeit operiert?

Polytrauma

Stumpfes Trauma, Verkehrsunfall, Sportunfall, Unfall im Haus, Einklemmung, Überrollt worden, Sturz aus größerer Höhe, Schlägerei, offenes Trauma, Schussverletzung, Stichverletzung, Pfählungsverletzung.

1. Wie sind die Verletzungen zustande gekommen (Unfallhergang)?

2. Wann haben Sie sich verletzt?
3. Leiden Sie unter Schmerzen im Bauchraum? Wenn ja, wo genau?
4. Haben Sie Herzrasen?
5. Ist Ihnen schwindelig?
6. Haben Sie in der Zwischenzeit Urin gelassen?
7. Haben Sie Blut im Urin bemerkt?
8. Was ist vor dem Unfall passiert?
9. Wo sind die Schmerzen lokalisiert? Retrosternale Schmerzen (Schmerzen hinter dem Brustbein) Thoraxschmerzen (Schmerzen im Brustkorb)
10. Strahlen Sie aus?
11. Haben Sie Angst?
12. Sind die Schmerzen atemabhängig, oder bei Druck?
13. Sind die Schmerzen stechend, drückend, brennend, stumpf?
14. Leiden Sie unter Schmerzen im Brustkorb? Wenn ja, wo genau?
15. Leiden Sie unter Atemnot, oder zu schnelles Atmen? Wenn ja, verschlimmert sie sich?
16. Haben Sie Husten?
17. Gibt es blutigen Auswurf, oder Schmerzen beim Husten?
18. Seit wann haben Sie die Beschwerden?
19. Traten die Beschwerden plötzlich ein oder entwickelten sie sich nachfolgend?
20. Sind die Beschwerden lagerungsabhängig?
21. Verändern sich die Beschwerden bzw. Schmerzen mit der Zeit? Nehmen sie zu oder ab?
22. Waren Sie bewusstlos?
23. Wie lange waren Sie bewusstlos?
24. Fühlen Sie sich benommen oder verwirrt?
25. Haben Sie Kopfschmerzen?
26. Haben Sie eine Schwellung oder Blutungen am Kopf?
27. Ist Ihnen aufgefallen, dass eine Flüssigkeit, oder Blut aus dem Mund, der Nase oder den Ohren austritt?
28. Haben Sie Übelkeit, oder müssen Sie erbrechen?
29. Haben Sie Ohrgeräusche(Tinnitus), oder hören Sie schlecht? (Hypakusis)
30. Haben Sie Sehstörungen? (Diplopie=Doppeltsehen, Doppelbilder)
31. Haben Sie Kribbelgefühle oder Taubheitsgefühl in den Armen oder in den Händen?
32. Können Sie sich an alles erinnern, wie alles passiert ist und was vor dem Unfall war? (Vigilanzstörungen=Bewusstseinsstörungen)
33. Können Sie normal laufen oder fühlen Sie sich unsicher? (Gangunsicherheit)

Prostatahyperplasie

1. Ist Ihnen eine Schwächung des Harnstrahls aufgefallen?
2. Müssen Sie nachts häufiger Wasserlassen?
3. Wie oft müssen Sie im Durchschnitt nachts aufstehen, um Wasser zu lassen?
4. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen?
5. Gibt es Erkrankungen des Urogenitalsystems?
6. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz entleert ist?
7. Müssen Sie innerhalb von 2 Stunden ein zweites Mal Wasser lassen?
8. Müssen Sie beim Wasserlassen mehrmals aufhören und wieder neu beginnen (Harnstottern)?
9. Haben Sie Schwierigkeiten, das Wasserlassen hinauszuzögern?
10. Müssen Sie pressen oder sich anstrengen, um mit dem Wasserlassen zu beginnen?
11. Ist Ihnen Blut im Urin oder in den Spermien aufgefallen?

Pyelonephritis

1. Haben Sie plötzliches Fieber entwickelt?
2. Haben Sie Schüttelfrost gehabt?
3. Fühlen Sie sich abgeschlagen?
4. Fühlen Sie sich sehr krank?
5. Haben Sie Schmerzen in der Flanke? (Flankenschmerz)
6. Haben Sie Herzrasen?
7. Haben Sie Übelkeit?
8. Haben Sie erbrochen?
9. Ist Ihnen vermehrter Durst aufgefallen?
10. Haben Sie Appetitlosigkeit?
11. Wie sieht der Urin aus?
12. Haben Sie zusätzlich noch Symptome wie Kopf-/Rückenschmerzen?
13. Haben Sie Beschwerden, oder Schmerzen beim Wasserlassen? (schmerzhafter Harndrang mit Erschwernis des Wasserlassens)
14. Haben Sie Drang zu häufigem Wasserlassen ohne vermehrte Harnausscheidung bemerkt?
15. Sind Sie sexuell aktiv?
16. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Erkrankungen des Urogenitalsystems)
17. Welche Medikamente haben Sie genommen, oder nehmen Sie regelmäßig? (Analgetika, Corticosteroide, Antibiotika, Zytostatika)

Sinusitis

1. Bemerken Sie eine Behinderung der Nasenatmung?
2. Fließt Ihnen Sekret aus der Nase?
3. Fließt Ihnen Sekret im hinteren Rachenraum herunter?
4. Haben Sie eine Verschlechterung des Geruchssinnes bemerkt?
5. Haben Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl im Bereich der Wangen oder der Stirn?
6. Haben Sie Gesichtsschmerzen?
7. Haben Sie Kopfschmerzen? (stirnseitige Schmerzen)
8. Werden die Schmerzen stärker, wenn Sie den Kopf nach vorne beugen, oder die Nase schnäuzen?
9. Haben Sie Beschwerden im Bereich der Zähne?
10. Haben Sie eine Schmerzverstärkung beim Vorbeugen?
11. Haben Sie Fieber?
12. Haben Sie ein starkes Krankheitsgefühl
13. Seit wann haben Sie die Beschwerden?
14. Hatten Sie in den letzten zwölf Monaten diese Beschwerden schon einmal?
15. Haben Sie zwischenzeitlich eine Besserung der Beschwerden feststellen können?
16. Haben Sie Voroperationen im Bereich der Nase?
17. Können Sie gut riechen?

Synkope

1. Wann ist die Bewusstlosigkeit aufgetreten?
2. Wie lange waren Sie bewusstlos?
3. Was haben Sie gemacht, bevor Sie das Bewusstsein verloren haben? (Körperlage, Schmerz, Tätigkeit, Nahrungsaufnahme, Umgebungsreize wie z. B. warmer Raum etc.)?
4. Gibt es aktuell eine psychosoziale Belastung oder Belastungen auf Grund Ihrer familiären Situation?
5. Gab es ankündigende Symptome wie Unwohlsein, Übelkeit, Schwitzen, Schwäche in den Beinen?
6. Sind Ihnen weitere Beschwerden aufgefallen, wie Schwindel, Herzstolpern, Brustschmerzen, Atemnot, Unruhe oder Erbrechen?
7. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen?

Über einen Beobachter sollten weitere Informationen zum Ablauf eingeholt werden (an der Prüfung, werden die Fragen an den Patienten gestellt)

8. Waren Sie blau angelaufen?
9. Haben Sie normal geatmet, oder war etwas Auffälliges beim Atmen zu beobachten?

10. War Ihr Gesicht rot?
11. Hatten Sie Krämpfe?

Ulcus ventriculi

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes?
2. Welchen Beruf üben Sie aus?
3. Haben Sie Nacht- bzw. Schichtdienst?
4. Gibt es Hinweise auf psychosoziale Belastungen oder Belastungen auf Grund Ihrer familiären Situation?
5. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (Oberbauch, epigastrisch)
6. Wie sind die Schmerzen? (bohrend, dumpf)
7. Wann treten diese Schmerzen auf? Nach dem Essen oder wenn Sie nüchtern sind?
8. Ist Ihnen übel?
9. Müssen Sie erbrechen?
10. Wie sieht das Erbrochene aus?
11. Ernähren Sie sich ausgewogen?
12. Essen Sie häufig Weißmehlprodukte bzw. Süßwaren?
13. Haben Sie ungewollt an Körpergewicht verloren?
14. Trinken Sie gerne Kaffee bzw. andere koffeinhaltige Getränke?
15. Wie viele trinken Sie pro Tag?
16. Rauchen Sie?
17. Wie viel rauchen Sie?
18. Nehmen Sie irgendwelche Medikamente, zum Beispiel Analgetika?

Ulcus duodeni

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Magen-Darm-Erkrankungen?
2. Gibt es Hinweise auf psychosoziale Belastungen oder Belastungen auf Grund Ihrer familiären Situation?
3. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (Oberbauch, epigastrisch)
4. Wann genau treten die Schmerzen auf? (können spät nach der Nahrungsaufnahme, nachts oder aber im nüchternen Zustand oder unabhängig von der Nahrungszufuhr auftreten)
5. Werden die Schmerzen besser, wenn Sie etwas essen? (häufig Besserung der Beschwerden nach Nahrungsaufnahme)
6. Sind die Schmerzen nahrungsabhängig, treten sie spät nach der Nahrungsaufnahme auf, oder im nüchternen Zustand?

7. Haben Sie auch nachts Schmerzen?
8. Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?
9. Haben Sie einen Gewichtsverlust bemerkt?
10. Wie lange bestehen diese Symptome schon?
11. Ernähren Sie sich ausgewogen?
12. Essen Sie viele Weißmehlprodukte sowie Süßigkeiten?
13. Essen Sie viele fette Speisen, wie zum Beispiel fette Meeresfische? (Hering, Makrele, Sardellen, Sardine)?
14. Trinken Sie gerne Kaffee, schwarzen und grünen Tee? Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag?
15. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?
16. Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welches Getränk bzw. welche Getränke und wie viele Gläser pro Tag?

Urolithiasis

1. Haben Sie wehenartige Bauch und/oder Rückenschmerzen?
2. Wie stark sind die Schmerzen? (Vernichtungsschmerz)
3. Haben Sie Übelkeit bzw. mussten Sie erbrechen?
4. Haben Sie Blähungen?
5. Haben Sie Schmerzen, die in den Hoden /Penis bzw. in die Schamlippen ausstrahlen? (Harnleitersteine)
6. Ist Ihnen aufgefallen, dass der Harn nicht richtig abfließt? (erschwerte, gewollte Blasenentleerung)
7. Besteht der Drang zu häufigem Wasserlassen ohne vermehrte Harnausscheidung? (Pollakisurie)
8. Leiden Sie unter Brennen/Schmerzen beim Wasserlassen?
9. Wie häufig müssen Sie am Tag Wasserlassen?
10. Haben Sie Blut im Urin bemerkt?
11. Hat sich die Menge oder der Geruch des Urins verändert?
12. Wie lange bestehen diese Symptome schon?
13. Hatten Sie schon einmal eine Kolik?
14. Wie sehen Ihre Ernährungsgewohnheiten aus?
15. Essen Sie viele tierische Produkte?
16. Konsumieren Sie Innereien, oder fette Fische, wie Hering oder Kakerle?
17. Essen Sie viele Milchprodukte, oder grünes Gemüse?
18. Besteht Ihre Ernährung aus Konserven und Fertiggerichten?
19. Wie viel trinken Sie täglich?
20. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Erkrankungen der Harnwege, Darmerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Tumorerkrankungen)

21. Wurden Sie in letzter Zeit operiert? (urologische Eingriffe bzw. Operationen)

Schock

1. Haben Sie kalte Schweißausbrüche?
2. Frieren Sie?
3. Zittern Sie?
4. Haben Sie Schwindel?
5. Haben Sie Übelkeit?
6. Fühlen Sie sich unruhig?
7. Haben Sie Bewusstseinseintrübung?
8. Haben Sie das Bewusstsein verloren?
9. Haben Sie Herzrasen?
10. Fühlen Sie sich kraftlos?
11. Ist Ihnen Blässe aufgefallen?
12. Ist Ihnen blaue Haut aufgefallen?
13. Ist Ihre Haut kühl und feucht?
14. Haben Sie Luftnot?
1. Leiden Sie unter Bauchschmerzen?
2. Haben Sie Schmerzen in der Brust, die in den Rücken ausstrahlen?
3. Ist Ihnen Heiserkeit aufgefallen?
4. Leiden Sie unter Kopfschmerzen? (akuter diffuser Kopfschmerz mit noch nie erlebter Intensität)
5. Können Sie den Nacken bewegen?
6. Haben Sie Übelkeit, oder mussten Sie erbrechen?
7. Sind die Schmerzen akut aufgetreten?
8. Wird Ihnen schwindelig?
9. Haben Sie Seh-, oder Hörstörungen bemerkt?
10. Haben Sie Lähmungen oder Gefühlsstörungen? Sie diese akut aufgetreten?
11. Leiden Sie unter akuter Atemnot?
12. Haben Sie Herzrasen bemerkt?
13. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (Bluthochdruck, genetisch bedingte Bindegewbserkrankungen, Herz-Kreislaufferkrankungen)

Thrombophlebitis

1. Wo genau haben Sie Schmerzen?
2. Wann treten die Schmerzen auf?
3. Haben Sie auch eine Rötung, Schwellung der betroffenen Region bemerkt?
4. Ist die betroffene Stelle überwärmt?

5. Ist die Stelle bläulich verfärbt?
6. Ist Ihnen eine Verhärtung an dieser Stelle aufgefallen?
7. Ist diese Stelle druckempfindlich?
8. Fühlt sich der Schmerz an, als hätten Sie schon länger einen Muskelkater?
9. Haben Sie Fieber?
10. Haben Sie Schüttelfrost?
11. Waren Sie in der letzten Zeit in ärztlicher Behandlung?
12. Haben Sie Krampfadern?
13. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Blutgerinnungsstörungen; Herzerkrankungen; Nierenerkrankungen; Tumorerkrankungen, Varikose)
14. Hatten Sie in letzter Zeit einen Unfall oder eine Verletzung an dieser Stelle?
15. Kann es sein, dass Sie schwanger sind?
16. Wurden Sie in letzter Zeit operiert?
17. Welche Medikamente nehmen Sie? (orale Kontrazeptiva; Hormonersatztherapie; Zytostatikatherapie)

Tuberkulose

1. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (→Thoraxschmerz oder Abdomenschmerzen)
2. Haben Sie auch Luftnot?
3. Werden die Symptome immer schlimmer?
4. Haben Sie Husten? (→zuerst unproduktiv, später produktiv, mit Hämoptoe)
5. Haben Sie Gewicht verloren? (> 10 % Prozent des Körpergewichtes innerhalb von 6 Monaten)
6. Wie viel und in welchem Zeittaum?
7. Ist Ihnen vermehrtes Schwitzen, vor allem nachts aufgefallen?
8. Müssen Sie nachts Ihren Bekleidung wechseln? (nasse Haare, durchnässte Schlafbekleidung)
9. Fühlen Sie sich allgemein krank?
10. Bestehen Zeichen eines grippalen Infektes?
11. Leiden Sie an Konzentrationsstörungen?
12. Haben Sie Fieber? (→unerklärliches, anhaltendes oder rezidivierendes Fieber > 38 °C)
13. Seit wann haben Sie Fieber?
14. Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?
15. Fühlen Sie sich müde und schwach?
16. Ist Ihnen Lymphknotenvergrößerung aufgefallen? (Lymphadenopathie)
17. Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie blass sind) (→Anämie)

18. Ist Ihnen aufgefallen, dass Ihr Bauchumfang größer geworden ist? (→ Splenomegalie bei langanhaltendem Fieber)
19. Ist Ihnen eine schmerzhafte Knötchenbildung, oder Hautverfärbung an den Beinen, oder Armen aufgefallen? (→ Erythema nodosum: rote bis blaurote Farbe; später bräunlich, an beide Unterschenkelstreckseiten, am Knie und den Sprunggelenken; seltener an den Armen oder dem Gesäß)
20. Sind Ihnen gelblich verfärbte Nägel oder verdickte Fingernägel aufgefallen? (Gelbe-Fingernägel-Syndrom, Trommelschlegelfinger)

Ulcus cruris (chronisches Hautgeschwür, Dekubitus)

1. Sind Ihnen Hautveränderungen/Hautdefekte aufgefallen?
2. Wo sind diese lokalisiert?
3. Gibt es mehrere Körperstellen, die betroffen sind?
4. Seit wann bestehen diese Hautveränderungen? (Länger als drei Monate bestehende Wunde)
5. Haben Sie Krampfadern?
6. Bestehen bei Ihnen Funktionseinschränkungen, oder Immobilität?
7. Haben Sie Einnässungen durch Harn- oder Stuhlinkontinenz?
8. Haben Sie Schmerzen an den Wunden? (venös wenig, arteriell sehr stark)
9. Wenn ja, wie stark sind diese und wann treten sie auf?
10. Gibt es in Ihrer Familie Personen, die an Hautveränderungen, Wunden und/oder Geschwüren leiden?
11. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (Hauterkrankungen, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen)
12. Besteht bei Ihnen eine vermehrte Färbung der Haut? (Hyperpigmentierung)
13. Haben Sie Ekzeme?
14. Gibt es Schmerzen auch in der Umgebung der Wunde?
15. Welche Farbe hat die Wunde? (braun-gelb oder livide)
16. Hat sich die Farbe der Wunde im Verlauf verändert? (zu Beginn: hart, rot, schmerzhaft)
17. Ist die Haut kühl oder überwärmt? (Haut kühl: arteriell, warm: venös)

Reizdarmsyndrom

1. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (Unterbauch)
2. Wann treten diese Schmerzen auf? (wiederkehrend)
3. Haben Sie Veränderungen beim Stuhlgang bemerkt? (Abwechseln von Durchfall und Verstopfung)

4. Wie sieht der Stuhl aus? (schafskotartig, bleistiftartig, mit Schleimauflagerungen, ohne Blut)
5. Müssen Sie stark pressen beim Stuhlgang? (Entleerungsstörung)
6. Haben Sie das Gefühl der inkompletten Darmentleerung?
7. Bessern sich die Symptome nach der Darmentleerung?
8. Treten die Beschwerden auch in der Nacht auf? (meist morgens beim Aufstehen, selten nachts)
9. Müssen Sie aufwachen wegen der Schmerzen oder Symptome?
10. Haben Blut im Stuhl?
11. Haben Sie Fieber?
12. Leiden Sie unter Sodbrennen?
13. Haben Sie Übelkeit?
14. Müssen Sie erbrechen?
15. Ist Ihnen Blässe aufgefallen?
16. Leiden Sie unter Blähungen?
17. Haben Sie Darmgeräusche?
18. Haben Sie abgenommen? (> 10 % bei unveränderter Nahrungszufuhr)
19. Wie lange bestehen diese Symptome schon?
20. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Magen-Darm-Erkrankungen; Nahrungsmittelunverträglichkeiten)
21. Haben Sie einen Leistungsknick bemerkt?
22. Hatten Sie eine schwere Phase in letzter Zeit?
23. Gibt es irgendwelche Psychische Belastungen bei Ihnen?
24. Welche Familienkrankheiten bestehen? (Kolonkarzinom, entzündliche Darmerkrankungen)
25. Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?
26. Haben Sie Zyklusstörungen?

Schlafapnoesyndrom

1. Ist Ihrem Bettpartner lautes und unregelmäßiges Schnarchen aufgefallen?
2. Sind Ihrem Bettpartner Atemaussetzer während des Schlafes bei Ihnen aufgefallen?
3. Schrecken Sie nachts aus dem Schlaf auf?
4. Erwachen Sie aus dem Schlaf mit dem Gefühl des Erstickens?
5. Sind Sie tagsüber sehr müde und schlafen Sie zwischendurch ein?
6. Haben Sie eine Leistungsminderung bemerkt?
7. Sind Sie tagsüber unkonzentriert?
8. Ist Ihnen Vergesslichkeit aufgefallen?
9. Wachen Sie morgens mit Kopfschmerzen auf?
10. Haben Sie ein Nachlassen der sexuellen Lust feststellen können?
11. Haben Sie Erektionsstörungen? (Frage an den Mann)

12. Schlafen Sie gerne in Rückenlage?
13. Ernähren Sie sich ausgewogen? (Übergewicht)
14. Trinken Sie Alkohol?
15. Welche Vorerkrankungen haben Sie? (Erkrankungen von Hals/Nase/Ohren; Bluthochdruck)

Schlaganfall

1. Gibt es in Ihrer Familie häufig Herz-Kreislauf-Erkrankungen, oder neurologische Krankheiten?
2. Gibt es Hinweise auf psychosoziale Belastungen oder Belastungen auf Grund Ihrer familiären Situation?
3. Haben Sie Symptome wie Lähmungen, oder Sensibilitätsstörungen?
4. Haben Sie Schwindel? (Drehschwindel)
5. Fühlen Sie sich verwirrt?
6. Zittern Sie?
7. Sind Ihnen Sprachstörungen aufgefallen?
8. Haben Sie Beschwerden wie Übelkeit und Erbrechen?
9. Haben Sie Kopfschmerzen? (Hinterkopfschmerzen)
10. Haben Sie Ohrensausen?
11. Können Sie sich an alles erinnern?
12. Besteht Augenzittern mit langsamer Bewegung in der einen und schneller nachfolgender Bewegung in der entgegengesetzten Richtung?
13. Ist Ihnen Gangunsicherheit aufgefallen?
14. Sind diese Symptome früher schon einmal aufgetreten?
15. Ernähren Sie sich ausgewogen?
16. Ernähren Sie sich salzreich?
17. Essen Sie zum Beispiel vermehrt salzige Knabbereien, Räucher- und Pökelfwaren, Fertiggerichte, Restaurantessen, Konserven?
18. Essen Sie viele Nahrungsmittel, wie Wurst, Fleisch, Käse?
19. Essen Sie viele zuckerhaltige Lebensmittel?
20. Bewegen Sie sich täglich ausreichend?
21. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen)
22. Welche Operationen hatten Sie bis jetzt?
23. Sind Ihnen Bewusstseinsstörungen aufgefallen?
24. Haben Sie das Bewusstsein verloren?
25. Besteht Übelkeit und Erbrechen?
26. Haben Sie Kopfschmerzen?
27. Haben Sie eine Schluckstörung, oder eine Blicklähmung?
28. Besteht eine Lähmung einer Körperhälfte?
29. Besteht Halbseitige Lähmung des Gesichts?

30. Ist Ihnen Taubheitsgefühl, oder Kribbeln der betroffenen Körperhälfte aufgefallen?
31. Spüren Sie die betroffene Körperhälfte?
32. Sind Sie in der Lage alle Ihre gewohnten Handlungen durchzuführen?
33. Bestehen Sehstörungen? (Hemianopsie, Quadrantenanopsie – auf beiden Augen wird die Hälfte oder ein Viertel des Gesichtsfeldes nicht mehr wahrgenommen, Doppelbilder)
34. Welche Medikamente nehmen Sie? (Antihypertensiva, Nichtsteroidale Antirheumatika, orale Kontrazeptiva)

Subarachnoidale Blutung

1. Wo genau sind die Schmerzen lokalisiert? (Hinterkopf)
2. Welchen Charakter haben die Schmerzen? (pochend)
3. Wie stark sind die Schmerzen? (akuter Vernichtungskopfschmerz)
4. Sind die Schmerzen plötzlich oder langsam aufgetreten?
5. Besteht Nackensteifigkeit?
6. Haben Sie Schmerzen auch in der Brust oder im Rücken?
7. Haben Sie das Bewusstsein verloren?
8. Haben Sie Schweißausbrüche?
9. Haben Sie Atemnot?
10. Liegen Lähmungen oder Sensibilitätsstörungen vor?
11. Sehen Sie Doppelbilder?
12. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Herz schneller, oder langsamer schlägt?
13. Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?
14. Fühlen Sie sich benommen oder schläfrig?
15. Hatten Sie Krampfanfälle?
16. Wie lange bestehen diese Symptome schon?
17. Sind die Symptome schlagartig aufgetreten?
18. Sind diese Symptome früher schon einmal aufgetreten?
19. Gab es einen Unfall?
20. Rauchen Sie?
21. Welche Medikamente nehmen Sie? (Marcumar, Pille)
22. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (Hyperlipidämie, arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus)

Zöliakie

1. Leiden Sie unter einem aufgeblähten Bauch?
2. Haben Sie Bauchschmerzen?
3. In welchem Zusammenhang stehen die Bauchschmerzen mit der Nahrungsaufnahme? (nach Brot, Nudeln, Pizza, Kuchen)

4. Wie sieht Ihr Stuhl aus? (voluminös, breiig, stinkend, sauer, grün-weiß, glänzend)
5. Ist Ihr Stuhlgang fettig glänzend? (Steatorrhöe)
6. Haben Sie nach dem Essen Stuhldrang?
7. Haben Sie Durchfall? (chronische/intermittierende Diarrhoe)
8. Wie sieht der Durchfall aus? (wässrig oder grau-glänzend)
9. Wie oft müssen Sie am Tag zur Toilette? (2-3x/Tag)
10. Haben Sie Verstopfung?
11. Leiden Sie unter Übelkeit?
12. Fühlen Sie sich antriebslos?
13. Sind Ihnen Stimmungsschwankungen aufgefallen?
14. Leiden Sie unter Müdigkeit, vor allem nach dem Essen?
15. Sind Ihnen Schwellungen aufgefallen? (Ödeme → Eiweißmangel)
16. Leiden Sie unter Konzentrationsschwierigkeiten?
17. Leiden Sie unter Depressionen?
18. Ist Ihnen vermehrte Blutungsneigung aufgefallen? (Vitamin K-Mangel)
19. Leiden Sie unter Wadenkrämpfe?
20. Fühlen Sie Muskelschwäche?
21. Hat Ihr Kind Gedeihstörungen? (Frage an die Eltern)
22. Sind Sie appetitlos?
23. Haben Übelkeit?
24. Haben Sie ungewollt Gewicht abgenommen?
25. Ernähren Sie sich ausgewogen?
26. Haben Sie Kopfschmerzen?
27. Sind Sie blass ((Eisenmangelanämie)
28. Welche Vorerkrankungen bestehen bei Ihnen? (Magen-Darm-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Transaminasenerhöhung)